POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Władysław BIERNACKI, Wilno.
Jerzy LANDAU. Lansing (Mich. U. S. A.).

Odczyn kiłowy Kahna.

Uznanie jakie spotkało odczyn kolloidalny Kahna na Zachodniej Półkuli, potwierdzone dłuższą praktyką we wszystkich pracowniach stanu Michigan USA, gdzie został on wprowadzony od 1. lipca 1922 roku, jako obowiązujący odczyn kiłowy, niezmierna prostota i łatwość stosowania tej próby, dostępność jej dla szerszych mas bez uszczerbku dla rozpoznawczej wartości — skłaniają nas do zapoznania lekarzy polskich z tą cenną metodą biologicznej djagnostyki kiły.

Wprowadzona do Francji spotkała się tam ona z zupełnem uznaniem. Marek Rubinstein, naczelny serolog Val-de-Grâce, który, dzięki długoletniej pracy, olbrzymiej wiedzy i doświadczeniu, jest jedną z największych powag francuskich w dziedzinie prac laboratoryjno-djagnostycznych, po przeprowadzeniu badań specjalnych na 639 surowicach — pod kontrolą prób Wa., Hechta i Jacobstahla — wypowiedział przekonanie, że próba Kahna, dając wysoki odsetek wyników zgodnych z próbami hemolitycznemi, nadaje się lepiej, niż jakakolwiek inna do rozpoznawania kiły.

Rezultaty badań Rubinsteina i Gauran'a były następujące: na 120 surowic silnie pozytywnych w próbach Wassermanna-Hechta-Jacobstahla odczyn Kahna dał wynik pozytywny 108 razy, wątpliwy — 3 i ujemny — 9 razy, przyczem rozbieżność została zanotowana tylko 3-krotnie w kile pierwotnej, raz w dziedzicznej i 5 u chorych krótko leczonych; w 32 jednak surowicach, które dając wynik ujemny w próbie Wa., wykazały odczyn silnie pozytywny w próbach Jacobstahla i Hechta, Kahn dał 25 wyników pozytywnych, 2 wątpliwe i 5 ujemnych. Na 34 wypadki zupełnej rozbieżności metod hemolitycznych: Wa. - , Ja. — i Hecht + lub Wa. —, Jacobstahl + + +, H. — albo Wa. —, Hecht + i Jacobstahl + +, Kahn wykazał 20 wyników pozytywnych, 2 — wątpliwe i 12 — ujemnych.

Barbonneix, Bocher i Choay porównując sto prób Wa., wykonanych z jedną krwią w dwóch pracowniach, z wynikami odczynu Kahna takie otrzymali rezultaty:

Wassermann:		Kahn:		
		pozytywny:	wątpliwy:	ujemny:
++++	26 razy	24	0	2
+ −	11 «	4	2	5
−	63 «	10	8	45

Analizując te cyfry, autorowie zaznaczają, że w jednym wypadku ujemnego odczynu Kahna przy pozytywnym Wassermannie, ten ostatni dał wyniki rozbieżne w 2-ch różnych pracowniach (w jednej ujemny, w drugiej dodatni[1]), powtórna próba wykonana w 14 dni później również w 2-ch pracowniach dała rozbieżność jeszcze bardziej rażącą: w jednej pracowni Wa. był ujemny, w drugiej Kahn ujemny, lecz Wa. silnie pozytywny. W serji badań porównawczych z metodą Hechta, wyniki były bardziej zbieżne, co autorowie tłumaczą większą czułością odczynu Hechta.

Amerykanie Keim i Wile, po dłuższych badaniach porównawczych, doszli do wniosku, że swoista czułość Wa. i Kahna jest jednakową, metoda zaś Kahna jest prostszą, szybszą w wykonaniu i źródła błędów w niej są mniej liczne.

Wnioski te są zgodne ze zdaniem Fox jr. i Everett Sanderson'a, którzy — na 1000 surowic zbadanych — przeprowadzili również porównanie wartości prób Kahna i Wa., przyczem w 8% wyniki Wa. przewyższały wyniki Ka. (w 78 wypadkach Wa. dał wyniki czulsze, w 2-ch kłaczkowanie wystąpiło w surowicy nie-kiłowej), z drugiej znów strony w 6,9% należało dać pierwszeństwo metodzie Ka., gdyż w 37 Wassermannach otrzymano nie swoisty wynik pozytywny, a w 8 wypadkach Kahn okazał się czulszy. W 1/2% surowic mylne wyniki dały zgodnie obydwie metody: Wa. był błędny wobec samohamowania hemolizy przez badaną surowicę, a Kahn znów dał 4-krotnie wynik mylny ujemny i raz dodatni. Według wspomnianych badaczy, odczyn Ka. ma wartość wyjątkową przy surowicach samohamujących hemolizę i w tych — dość częstych — wypadkach, gdy próba na kiłę nie może być wykonana zaraz po wzięciu krwi[2]).

Rothmann, referując prace Kahna w »Zentralblatt für Haut- und Geschlechts-Krankheiten« t. V. str. 499, podkreśla przewagę metody Kahna nad innemi metodami kłaczkowemi (Meinicke, Sachs-Georgi, Dold) pod względem trwałości antygenu i jego rozcieńczeń, szybkości wykonania odczynu i wyrazistości kłaczkowania, które łatwo się uwidacznia bez przyrządów optycznych.

Sam Kahn widzi wartość swej próby w jej prostocie, połączonej z wysokim stopniem swoistej na kiłę czułości. Odczyn został ugruntowany na wysokiej zawartości lipoidów w antygenie, na niestałości fizycznej roczczynów antygenu i na prawidłowym stosunku między antygenem a badaną surowicą.

Naczynia szklane, używane przy tej próbie winny być z najlepszego szkła jenajskiego, idealnie czyste i jałowe. Probówki należy mieć dwóch wielkości: długości 55 mm i średnicy 15 mm do rozcieńczeń antygenu, a 75 mm długie przy 15 mm średnicy do prób właściwych; pipetki: 0,2 ccm z podziałką na tysiączne części ccm., 1 ccm dzielone na 1/100 i 10 ccm dzielone na 1/10 części ccm.[3])

Z innych przyrządów, oprócz łaźni wodnej z regulatorem na 56° C i elektrycznej centryfugi, niezbędną jest trzęsawka (»Schüttel-Apparat«) z trzymadłami dla kolb i próbówek, połączona z motorem odpowiedniej siły.

Przygotowanie antygenu Kahna wymaga staranności. Z kilku serc wołowych[4]) bierze się około 500 gr. mięśni bez

[1]) W każdym więc razie umieszczenie tego wypadku w rubryce Wa. —ów pozytywnych jest błędem; co najwyżej, można by mówić o Wa. wątpliwym.

[2]) W celu wypróbowania wartości odczynu Ka. pod tym względem, jeden z nas (W. B.) przeprowadził próby ze 107 surowicami kiłowemi (Syph. II.), pobranemi jałowo i przechowywanemi w próbówkach jenajskich przy t^0 pokojowej, które badał metodami Kahna i Wa. według państwowych przepisów niemieckich z trzema antygenami sprawdzonemi: oryginalnym Wa., cholesterynowanym Sachsa z Frankfurtu i Lessera, w 24 godziny po pobraniu i następnie co 10 dni przez 1—3 miesiące, zależnie od ilości posiadanej surowicy. Wynik przeszedł oczekiwania, gdyż Wa. już po 20 dniach dawał rezultaty wątpliwe lub ujemne, wtedy gdy Kahn jeszcze przy 5—7 badaniu dawał wyniki prawie zbieżne, a przy 9-ym: na 23 pierwotnie silnie pozytywnych surowic kiłowych — 11. wykazały jeszcze odczyn słabopozytywny, 4 — silnie pozytywny, a tylko 7 negatywny i 1. wątpliwy.

[3]) Wszystkie przyrządy szklane, niezbędne do próby Kahna — od mikropipetek, precezyjnie siłami krajowemi wykonanych, do próbówek jenajskich — otrzymać można w znanej wytwórni aparatów laboratoryjnych »Berent i Plewiński« w Warszawie, ul. Moniuszki 12.

[4]) Czem więcej serc przerabia się odrazu, tem otrzymany z nich antygen jest jednostajniejszy. Wobec tego pracownie amerykańskie używają wyłącznie suchego proszku z mięśni serca wołowego, przygotowanego fabrycznie przez »Digestif Ferment Company« w Detroit, gdzie przerabia się równocześnie 75 serc wołowych.

tłuszczu i rozdrabnia na zwykłej maszynce kotletowej, przepuszczając przez nią pokrajane drobno kawałki mięsa kilkakrotnie. Zmieloną masę mięsną rozkłada się cienką warstwą na płytach szklanych lub talerzach porcelanowych i suszy możliwie szybko, posiłkując się wentylatorem elektrycznym lub, co lepiej jeszcze, aparatem »Fön«, wprowadzonym do użytku pracowni i gorąco polecanym przez jednego z nas[5]) już od lat paru. Po kilku godzinach, obsuszony powierzchownie materjał odwraca się górną warstwą pod spód, wysusza dalej, następnie kruchą już masę mięsną łamie na drobne kawałki i suszy jeszcze godzin 10—12 do osiągnięcia stałej wagi.

Kto posiada pompę ssącą motorową może wysuszanie to uprościć, a przedewszystkiem znacznie skrócić, przeprowadzając cały zabieg przy t_0 35—37 i ciśnieniu zmniejszonem do 15—25 mm Hg.

Wysuszony mięsień serca rozciera się w moździerzu na drobny proszek i poddaje w małych dawkach extrahowaniu eterem, biorąc do 250 ccm kolby Erlenmayera na 25 gr proszku mięsnego 100 ccm eteru siarczanego pro narcosi i wstrząsając łagodnie przez 10 minut, poczem eter filtruje się przez bibułę; proszek mięśniowy przemywa na sączku 25 ccm eteru i ponownie zalewa 75 ccm eteru, trzęsie i t. d. czterokrotnie. Odtłuszczony proszek suszy się na powietrzu lub w cieplarce i waży. Wyciąg eterowy po destylacji może być użyty ponownie.

Na każde 10 gr odtłuszczonego eterem serca bierze się 20 ccm 95% alkoholu, daje do 250 ccm Erlenmayerki, wstrząsa 10 minut i zostawia na 3 dni w t^0 pokojowej. Po trzech dniach wstrząsa się ponownie jeszcze 5 minut, przesącza i wyciąg alkoholowy rozlewa do naczyń ze szklanemi korkami, zalanemi parafiną. W ciemni i t^0 pokojowej przechowuje się ten wyciąg nieograniczenie długo.

Przed użyciem, jako antygen, wyciąg taki poddaje się cholesterynowaniu w małych dozach, potrzebnych do pracy na okres 2 tygodniowy. Na każdy ccm lekko ogrzanego na łaźni wodnej wyciągu dodaje się 6 mgr. cholesteryny chem. czyszcz., poczem płyn odstawia się na dobę i następnie przesącza.

W tak przygotowanym i gotowym do użytku antygenie, określa się miano: dozę, w której służyć on może do prób właściwych z surowicą; jest to stosunek ilości czystego antygenu do ilości rozczynu fizjologicznego, który po zmięszaniu z antygenem daje kłaczki rozpuszczające się ponownie bez śladu. W rozcieńczonym bowiem antygenie tworzą się kłaczki-strąty, które przy dalszym jego rozrzedzeniu mogą się rozpuszczać bez śladu lub przeciwnie osadzać, zależnie od dodanej ilości fizjologicznego rozczynu. Zazwyczaj kłaczki, powstałe ze zmięszania 1 ccm antygenu z 0,8 i 0,9 ccm fizjologicznego rozczynu pozostają nierozpuszczone, te zaś, które się utworzyły w rozcieńczeniach 1 : 1, 1 — 1 : 1, 2 rozpuszczają się po pewnym czasie.

W celu określenia miana wlewa się pipetką do 5 probówek po 1 ccm cholesterynowanego rozczynu antygenu, do drugich pięciu — rozczyn fizjologiczny w ilościach zmiennych: 0,8—0,9—1,0—1,1 i 1,2 ccm. Przyrządza się 5 rozczynów antygenu, szybko — jednym ruchem ręki — wlewając rozczyn fizjologiczny z każdej probówki do innej dawki antygenu i sześciokrotnie przelewając płyn z jednej probówki do drugiej. Po 20-minutowem odstaniu rozcieńczeń w t^0 pokojowej, z każdego rozcieńczenia odmierza się mikropipetą 0·05, 0·025 i 0·0125 ccm do trzech probówek większych (75×15 mm), dodaje po 0,15 ccm fizjolog. rozczynu i energicznie wstrząsa przez 2 minuty, poczem dodaje się raz jeszcze do każdej probówki 0·5 ccm fizjolog. rozcz. Wynik określenia ustala się niezwłocznie: jedne probówki opalizują tylko, inne zawierają strąty kłaczków. Dla prób właściwych z surowicą posiłkować się należy takiem rozcieńczeniem antygenu, który, opalizując tylko, zawiera najmniejszą ilość soli.

Odpowiednie rozcieńczenie antygenu można przygotować jeszcze w inny sposób: alkoholowy cholesterynowany wyciąg z serca mięsza się w równych częściach z fizjol. rozcz., powstaje obfity strąt, który po odwirowaniu i odlaniu płynu nad osadem może być ponownie rozpuszczony w mniejszej lub większej ilości fizjol. rozcz., dając mleczny półprzeźroczysty płyn, nie zawierający żadnych kłaczków i nie dający osadu, nawet po długotrwałem wirowaniu.

Fizjologiczny rozczyn soli dla próby Ka. przygotowuje się z 0·85% chemicznie czystego analitycznego NaCl.

Surowica, oddzielona od skrzepu i starannie odwirowana, by nie zawierała żadnych elementów morfotycznych, inaktywuje się w ciągu 30 minut przy 56° C. Mleczowatość surowic i lekka ich hemoliza nie stanowi przeszkody do badania według Kahna.

Przy wykonywaniu próby, na dno 3-ch probówek większych (p. w.): 1) odmierza się 0·05, 0·025 i 0·0125 rozcieńczonego odpowiednio antygenu, 2) dodaje po 0·15 ccm czystej inaktywowanej surowicy, otrzymując dzięki temu stosunek surowicy do antygenu 3 : 1, 6 : 1 i 12 : 1, 3) wstrząsa probówki energicznie przez 2 minuty na trzęsawce, poczem wstawia się je na 15 minut do łaźni wodnej lub cieplarki, nastawionej na 37° C, 4) dolewa się do każdej probówki po 0·5 ccm rozcz. fizjol., lekko wstrząsa i niezwłocznie ustala rezultaty. Kłaczkowanie w wynikach silnie pozytywnych widać bez wszelkich trudności, równie jak brak kłaczkowania — w negatywnych. Użycie aglutynoskopu niezmiernie ułatwia wykrywanie śladów kłaczkowania w surowicach słabo pozytywnych. W braku aglutynoskopu można probówki leżące ukośnie rozpatrywać na ciemnem tle.

Oprócz wyżej opisanej metody, Kahn używa jeszcze modyfikacji z antygenem bez cholesteryny, rozcieńczonym 1:2 (0,05 ccm na 0,3 ccm surowicy) który daje wyniki mniej czułe, lecz nader swoiste i niezmiernie łatwej w użyciu mikrometody: z 0,03 ccm surowicy zmięszanej z 0·02 ccm właściwie rozcieńczonego antygenu przygotowuje się kroplę wiszącą, w której kłaczkowanie daje się obserwować pod mikroskopem po 1—3 godzinach ogrzewania w cieplarce.

Dla sprawdzania wyników przy próbach z surowicami, oprócz surowic badanych, należy zawsze brać również surowice znane: kiłowe i normalne, jak również kontrolować i antygen, dodając do 3 probówek z jego rozczynami 0·15 ccm fizjol. rozcz. zamiast surowicy (w kontroli antygenu kłaczków być nie powinno!).

Rezutaty próby oznaczają się, jak i przy innych odczynach kiłowych, znakami dodatniemi i ujemnemi, biorąc zawsze średnią z wyniku prób w 3 probówkach: jeśli np. we wszystkich trzech probówkach jest kłaczkowanie bardzo wyraźne i obfite, wynik oznaczymy przez + + + + (albo + 4), przy braku kłaczkowania przez —; brak kłaczkowania w pierwszej probówce, średnie kłaczkowanie w 2-ej i bardzo obfite w 3-ej da nam wynik: ++ (+ 2), obfite kłaczkowanie w probówce 3-ej przy braku kłaczków w dwóch pierwszych odpowie + (+ 1), a słabe kłaczkowanie 3-ciej z opalizacją dwóch pierwszych oznaczamy +— (+½), czyli wynik uważamy za wątpliwy.

W surowicach silnie pozytywnych, można przeprowadzać i ilościowe badania reagin kiłowych, posiłkując się rozcieńczeniami surowicy badanej od 1 : 10 do 1 : 50. Jeżeli np. przy 50-krotnem rozcieńczeniu pewnej surowicy otrzymamy jeszcze kłaczkowanie najwyższe (++++), wynik rzeczywisty oznaczy się przez 4×50, czyli 200 plusów (+200).

Barbonneix, Boucher i Choay wprowadzili do oryginalnej metodyki Ka. niektóre modyfikacje. Przedewszystkiem, zamiast do przygotowania antygenu używać suszonego serca wołowego, suszenie którego jest, bądź-co-bądź, kłopotliwe, posiłkują się oni wyciągiem alkoholowym z mięśnia sercowego, odparowanym w próżni przy niskiej t^0. Otrzymany w ten sposób mazisty extrakt odtłuszczają eterem siarczanym w aparacie Soxleta, a pozostałość, wolną od tłuszczów, wyługowują alkoholem bezwodnym (100 ccm na 20 gr) w ciągu 9-ciu dni w lodowni i dobę przy t^0 pokojowej. Alkoholowy ten wyciąg dzielą na 2 równe porcje, z których do jednej dodają 70 mgr cholesteryny, a drugą pozostawiają dla kontroli bez cholesteryny. Antygen cholesterynowany rozcień-

[5]) Biernacki. Najnowsze metody biologiczne rozpoznawania kiły. »Lekarz wojskowy« 1922 Nr. 3 str. 153—171.

czają fizjol. rozcz. w stosunku 1 : 3, kontrolny bez cholesteryny w stosunku 1 : 2.

Używając stale 0.05 ccm antygenu na 0.3 ccm surowicy, wspomniani autorowie spostrzegli jednak, że odczytywanie rezultatów ułatwia zwiększenie dóz antygenu do 0·3 ccm na 0·6 ccm surowicy. Tu jednak zaznaczyć należy, że Rubinstein i Gauran są odmiennego zdania; według nich doza surowicy nie powinna przewyższać 0·3 ccm, tem więcej, że już dozy mniejsze: 0.1—0.2 ccm dają wyniki pewne i zupełnie identyczne z dozami większemi.

»*) Równie jak krew, daje się badać metodą Kahna i płyn mózgowo-rdzeniowy. Ponieważ jednak reaginy kiłowe są w nim zazwyczaj w ilościach nikłych, przedewszystkiem koncentrujemy je w osadzie globulin, strąconych z płynu siarczanem amonu. Doskonale odwirowany i nie zawierający już żadnych elementów morfotycznych płyn, bez inaktywowania, odmierza się w ilości 3 ccm do probówki od centryfugi i dodaje do niej 2 ccm nasyconego wodnego roztworu NH_4SO_4 chem. czyst. Po zmięszaniu i pozostawieniu na godzinę w t^0 20^0 C, płyn ten energicznie się wiruje 15 minut, zlewa z osadu globulin, ostatnią kroplę nawet odsączając bibułą, i do pozostałego osadu dodaje ostrożnie 0·3 ccm fizj. rozcz., starając się nie zmywać ze ścian probówki pozostałych śladów siarczanu amonu.

Otrzymany roztwór globulin, przeniesiony pipetą do innej suchej probówki, jest gotowy do próby z właściwym roztworem antygenu. Przed wykonaniem jej jednak, trzeba jeszcze oznaczyć miano antygenu w obecności takiej ilości siarcz. amonu, jaka przypuszczalnie pozostała w osadzie uprzednio strąconych globulin, sól ta bowiem ma własność wytwarzania strątów i w czystym antygenie bez reagin kiłowych. Dla oznaczenia tego miana do 5 probówek rozlewa się po 0.01 ccm roztworów w 1 ccm cholesterynowanego antygenu w 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 i 1.5 ccm fizjol. rozcz. przygotowanych w sposób opisany powyżej, i — po 20 min. odstaniu — probuje rozpuszczalność osadzonych kłaczków w siarczanie amonu, biorąc 1 ccm nasyconego wodnego roztworu siarcz. amonu do 9 ccm fizjol. rozcz. i dodając do każdej probówki 0·15 ccm takiego $10^0/_0$ rozcieńczenia. Po energicznem wstrząśnięciu probówek przez 2 minuty, do każdej dodaje się jeszcze 0·2 ccm fizj. rozcz. Za miano antygenu uważamy ten jego roztwór, który przy najmniejszej zawartości Na Cl. nie będzie zawierać strątów: np. roztwory antygenu 1 : 1.1, 1 : 1.2 zawierają strąty, 1 : 1.3 i 1 : 1.4 ich już nie zawiera — miano wynosi 1 :1.3 i na jedną część antygenu bierze się do rozcieńczenia 1·3 części fizjol. rozcz. soli.

Próbę właściwą wykonywamy, odmierzając do 2 probówek większych po 0·01 ccm antygenu rozcieńczonego i następnie po 0·15 ccm roztworu globulin z płynu mózgowordzeniowego badanego, mięszaninę wstrząsamy energicznie przez 2 minuty, dodajemy po 0.2 ccm roztworu soli do każdej probówki i niezwłocznie odczytujemy rezultat, który w obu probówkach winien być jednakowy.

Dla kontroli badamy równocześnie płyny mózgowo-rdzeniowe, znane nam jako kiłowe i normalne, oraz połączenie 0.15 ccm rozcz. fizjol. i siarczanu amonu (3 ccm fizjol. rozcz. i 2 ccm nasyconego siarcz. amonowego) z 0.01 ccm przygotowanego do użytku antygenu.»

Piśmiennictwo.

1) Barbonneix, Boucher & Choay: C. R. de la Soc. de Biol. 1923. V. 88: p. 683-5. La réaction de Kahn et le diagnostic de syphilis; p: 854-7 : Technique et modifications de la reaction de Kahn. — 2) Fox jr and Everett S. Sanderson: Observations on the Kahn precipitation reaction for syphilis. Americ. journ. of syphilis 1923 v. 7 p. 687-698.—3) Herrold Russel: A ring or contact precipitation test for syphilis. Journ. of. the Americ. medic. assoc. 1922. V. 79 Nr. 12 p. 957-8₃ — 4) Kahn R. L.: A simple quantitative precipitation reaction for syphilis. Arch. od dermatology a. syphilidol. 1922. V. 5. Nr.5 p. 570—578; Nr. 6. p. 734—743; V, 6. Nr. 3 p. 332—341. — 5) Kahn: A simple quantitative precipitation reaction for syphilis — micro procedure. Proc. of. the Soc. f. exp. biol. a med. 1922. V. 19 p. 183—184. — 6) Kahn: Effect of dilution on the precipitation reaction for syphil. proposed by author. Proc. of. the Soc. f. exp. biol. 1922. V. 19. Nr. 6 p. 294—295. — 7) Kahn: Relation between serum and antygen in precipitation reaction for syphilis proposed by author. Proc. of the Soc. f. exp. biol. 1922. V. 19. Nr. 6. p. 295—296. — 8) Kahn: Precipitation test for syphilis — improved procedure. Proc. of the Soc. f. exp. biol. 1923. V. 20 Nr. 6. p. 325-332. — 9) Kahn: Dilution of antygen for Wa. test Proc. of the Soc. f. exp. biol. 1923 v. 20. Nr. 6 p. 332-333. — 10) Kahn: Observations on Kahn precipitation reaction for syphilis. Americ. journ. of. syphilis 1923. V. 7. Nr. 2 p. 389—409.— 11) Kahn: Method of titrating antigen for Kahn precipit. test. Proc. of the Soc. f. exp. biol. 1923. V. 20. Nr. 8. p. 489—492. — 12) Kahn and Duemling: Empoyment of different antigens in Kahn precip. test. Proc. of the Soc. f. exp. biol. 1923. V. 20. Nr. 8. p. 492—494. — 13) Kahn: Rapid precipitation phase of the Kahn test for syphilis with nev method for indicating results. Journ. of. the Americ. medic. assoc. 1923 v. 81. Nr. 2. p. 88—92. — 14) Keim & Wile: The Kahn precipitation test in the diagnosis of syphilis. Journ. of the Americ. med assoc. 1922, v. 79. Nr. 11. p. 870—874. — 15) Rubinstein & Gauran: Procédé de floculation: technique de Kahn, Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syphiligraphie 1924. Nr. 4 p. 218—224.

*) Część artykułu, ujęta w cudzysłowach, wyszła z pod pióra dra J. L. Landau'a, współpracownika twórcy metody, serologa pracowni djagnostycznej Dprt. Zdrowia stanu Michigan USA.

Dr. Adam GRUCA, asyst. klin. Lwów.
Irena CZERNECKA cand. med.

O specyficznem leczeniu gruźlicy chirurgicznej*)

(Z kliniki chirurgicznej U. J. K. Dyr. Prof Dr. Hilary Schramm).

Leczenie specyficzne gruźlicy, po przejściu okresu ochłodzenia, spowodowanego złemi doświadczeniami, zebranemi w czasie tworzenia się metod i ustalania wskazań — zyskuje sobie coraz więcej zwolenników. Nie chcę przypominać znanych dat i faktów. Ilość metod i przetworów jest olbrzymia. Ze zmianą zapatrywań metody i przetwory, wywołujące silne odczyny ogólne i ogniskowe ustąpiły miejsca metodom leczącym łagodniej. Po tuberkulinach zwrócono się do szczepionek; po podawaniu podskórnem do stosowania przez skórę.

W klinice lwowskiej próbowaliśmy obydwu sposobów Tuberkulinę podskórnie stosowaliśmy w przypadkach gruźlicy: stawu skokowego, kolanowego, biodrowego i gruczołów pachowych. We wszystkich przypadkach nastąpiła pewna poprawa: zmniejszenie się obrzęku, bólów, wydzielania, gojenie się przetok, okupione jednak, mimo bardzo ostrożnego dawkowania (od 0,01 mg), silnemi objawami ogniskowemi i ogólnemi. Wstrzykiwania robione były dosyć długo (do 3 mies.) bo aż do uzyskania pozytywnej anergji — poprawa jednak nieszła równolegle i okazała się nietrwałą, niewątpliwie wskutek znacznego wyczerpania ustroju odczynami. Następujące po kilku tygodniach pogorszenia oddziaływały na dalsze stosowanie tuberkuliny bardzo słabo i zabiegu operacyjnego nie można było uniknąć. Dodatni wpływ tuberkuliny był natomiast wyraźniejszy w dwu przypadkach z przetokami po operacjach, gdzie ognisko chorobowe nie zostało doszczętnie usunięte i gdzie kilka wstrzyknięć tuberkuliny skróciło czas leczenia pooperacyjnego.

Po Tebecynie Dostala, zastosowanej podskórnie w 5 przypadkach: Tbc kości udowej, stawu kolanego, mostka, otrzewnej i kiszek i gruczołów szyjnych — w dwu: gruźlicy uda i mostka, gdzie zmiany były niezbyt rozległe — nastąpiło w przeciągu około dwu miesięcy zniknięcie objawów. W gruźlicy kiszek i otrzewnej i kolana nastąpiło doraźne pogorszenie; w gruźlicy gruczołów szyjnych po 5 wstrzyknięciach poprawa. Mimo, że dawkowaliśmy znacznie wolniej, niż podaje schemat, objawy ogniskowe były dosyć silne, objawy ogólne jednak znacznie słabsze, niż po tuberkulinie

Jak z powyższego widać — wyniki uzyskane podskórnem stosowaniem tuberkuliny i szczepionki nie były zbyt zachęcające, dlatego przeszliśmy do podawania tuberkuliny przez skórę

Sposób ten podany w celach leczniczych w 1897 r. przez Sprengla, stosowany przed 13 laty przez Gluzińskiego na klinice lekarskiej Lwowskiej, szeroko rozpowszechniony przez Ponndorfa, zyskuje sobie w miarę wzrostu wiadomości o roli skóry w patologji i leczeniu szeregu cierpień, a specjalnie w leczeniu gruźlicy, coraz więcej

*) Według odczytu wygłoszonego na XXI. zjeździe chirurgów we Lwowie 10—12/7 1924.

uznania. Zjawiły się nowe preparaty szczepionki z różnemi odmianami w stosowaniu, jak Linimentum Petruschkyego, Linimentum Dostala, Ektebina Moro, Tebeceina Platza, maść tuberkulinowa Löwensteina i i. Z polskich autorów zwrócili na niego uwagę i stosują go Michalski i Sobieszczański.

W klinice tutejszej zastosowaliśmy leczenie tą drogą w około 70 przypadkach. Sposób postępowania nasz różnił się nieco od dotychczas używanych. Ponndorf robił 15—25 nacięć długości 3—5 cm i w zranioną w ten sposób skórę wcierał kilka kropli tuberkuliny. Nacięcia te powtarzał co 3–4 tygodni. Sposób ten, dający dobre wyniki (56% wyleczeń — Ulrici) zyskał sobie gorących zwolenników w Niemczech, ale i gorących przeciwników (Schneider, Schellenberg i i.) Wysoka i niedokładnie określona dawka, brak stopniowania dawki, stąd silne odczyny ogólne i ogniskowe robią go niebezpiecznym. Gluziński szczepił robiąc 1. dnia jeden punkt świdrem Pirqueta w skórze, drugiego, jeżeli brak było odczynu 2 itd. aż do 60 punktów (Pol. Gaz. Lek. 1923. str. 828) i odniósł wrażenie, że postępowanie takie sprzyja gojeniu się sprawy gruźliczej w narządach wewnętrznych. Michalski robi nacięcia na krzyż długości 1 cm codziennie przez 10—12 dni, przerywa na kilka dni i zaczyna na nowo, przeprowadzając w ten sposób 5 serji. Podał, że na 40 przypadków gruźlicy narządów wewnętrznych w 70% uzyskał poprawę. W klinice naszej zaczynaliśmy od zwykłej próby Pirqueta, robiąc jednak nie punkty, lecz dwa powierzchowne nacięcia (jak przy szczepieniu ospy) długości po 1 cm przez skórę posmarowaną nierozcieńczoną starą tuberkuliną, prócz kontrolnego. Po ustaniu odczynu na skórze tj. w 5—10 dni, podwajaliśmy dawkę tj. 4 cm, potem 8 itd. aż do osiągnięcia pozytywnej anergji. Zasadą zatem naszego postępowania było stopniowanie i dalsze szczepienie dopiero po zniknięciu odczynu na skórze po poprzedniem szczepieniu. Najwyższa dawka w początku doświadczeń wynosiła 512, w późniejszych 120 cm.

Leczeniu w ten sposób poddane były: chłoniaki szyji, gruźlica najądrza, mostka, żeber, stawu kolanowego, skokowego, nadgarstka, kręgosłupa, stawu biodrowego, kości jarzmowej, kości udowej. Wyniki w przypadkach, w których jedna serja została ukończoną lub przynajmniej najwyższa dawka osiągnięta, przedstawiają się wcale dobrze, bo wyleczenie nastąpiło w 30%, poprawa w 50% przypadkach; bez poprawy około 20% przypadków, pogorszenia nie było w żadnym przypadku. Na ogół schorzenia kości oddziaływały gorzej, niż części miękkich, a z tych najlepiej chłoniaki. Przypadki, w których istniały przetoki, goiły się szybciej, niż zamknięte; w tych zaś częste nakłucia przyspieszały gojenie się. We wszystkich przypadkach prócz tuberkuliny i nakłucia nie stosowano żadnych zabiegów chirurgicznych. W trzech przypadkach leczonych prócz tuberkuliny, naświetlaniem Roentgenem, i w jednym, naświetlanym lampą kwarcową, zgodnie z spostrzeżeniami, ogłoszonemi w piśmiennictwie, przebieg leczenia był szybszy, niż w przypadkach tylko szczepionych lub tylko naświetlanych.

Poprawy nie było w 1 przypadku gruźlicy kręgosłupa, operowanym już przed dwu laty sposobem Albeego, w gruźlicy stawu skokowego, w gruźlicy palca *(spina ventosa),* w tbc najądrza. W jednym przypadku gruźlicy wieloogniskowej mostka, obydwu śródstopi, nadgarstka i stawu łokciowego, podczas leczenia jedne ogniska goiły się, ale powstawały nowe. Chory otrzymał w przeciągu dwu miesięcy, 7 szczepień z najwyższą dawką 64 cm. Po 3 miesiącach zgłosił się do kontroli: z wyjątkiem małego ogniska na stopie prawej, które bardzo skąpo wydziela, wszystkie inne na mostku, nadgarstku, stopie lewej zgojone zupełnie. Łokieć ruchomy, nie obrzękły, nie bolesny. Stan ogólny przedmiotowy i podmiotowy bardzo dobry.

Wyniki powyższe wymagają jednak pewnych zastrzeżeń. Rubryka »wyleczone« oznacza tylko, że doraźnie doszło do zgojenia ogniska, do zniknięcia objawów. Uzyskanie zupełnego braku odczynu było znacznie częstsze, objawy jednak chorobowe, choć w mniejszym nieco nasileniu, utrzymywały się. Przypadki spostrzegane były najdłużej przez 6 miesięcy tak, że o dalszym losie chorych nic pewnego powiedzieć nie można. Zastrzeżenie to konieczne jest tem bardziej, że jak w każdem leczeniu specyficznem gruźlicy i tu w dwu przypadkach (gruźlica gruczołów szyjnych, kości jarzmowej) po kilku tygodniach okazała się potrzeba powtórzenia leczenia.

Zastrzeżenia wymaga również rubryka, »bez poprawy» o tyle, że przeprowadzono tylko jedną serję szczepień i że przypadki te należą do bardzo upartych. Tuberkulina, w jakiejkolwiek formie podana, stawia mniej lub więcej znaczne wymagania choremu ustrojowi. By siły zapasowe zostały zmobilizowane, muszą istnieć. Stąd już a priori u osobników bardzo wycieńczonych nie można spodziewać się większego wyniku.

Wpływu ujemnego nie było widać w żadnym przypadku. Zmiany w obrazie krwi nie różnią się jakościowo od zmian typowych dla wszystkich szczepień tuberkulinowych (Wolf-Eisner, Hotz, Michels), choć wykazują pewne różnice indywidualne w nasileniu. W 48 godzin po szczepieniu następuje zwiększenie ogólnej liczby ciałek białych, a zwłaszcza wielojądrzastych neutrofilnych. W następnych dniach liczba leukocytów neutrofilnych spada, zwiększa się natomiast liczba limfocytów i kwasochłonnych. Stosunki te jednak podczas leczenia ulegają znacznym wahaniom. Liczba ciałek czerwonych, po początkowych szczepieniach zwiększona, ustępuje później miejsca mniej lub więcej wyraźniej anemji, by w okresie zmniejszania się odczynów wrócić znowu do normy. Anemja nie osiągała jednak nigdy tak znacznych stopni, jak po stosowaniu tuberkuliny podskórnie.

Odczyn w miejscu szczepienia, na ramionach lub plecach, przechodzi najrozmaitsze stopnie od zaczerwienienia i guzka o średnicy $^1/_2$ cm do guzka o średnicy 2 cm i pęcherzyka z szerokiem na kilka cm zaczerwienieniem naokoło, bolesnością i obrzękiem. W pewnym odsetku przypadków odczyn miejscowy, z początku bardzo silny, przy dalszych szczepieniach malał i trwał krótszy czas. W innych z początku słaby, z czasem wzmacniał się i przedłużał, a po przejściu pewnego maksimum, cofał się, jak w grupie pierwszej. Pod koniec leczenia odczynu guzkowego brak zupełnie a zaczerwienienie bywa tylko nieznaczne i trwa zaledwie kilka dni.

Odczyny ogniskowe, występują, zwłaszcza przy szybszem dawkowaniu w formie bólu i zwiększenia wydzieliny z owrzodzeń, względnie zmniejszenia bólu, w pierwszych dwu dniach po szczepieniu i najczęściej tylko w okresie wzmagania się odczynu; na ogół jednak znacznie rzadziej, niż po stosowaniu podskórnem.

Odczyn ogólny silny z podniesieniem ciepłoty wystąpił zaledwie 5 razy, średni 4 razy na kilkaset szczepień i tylko po dawkach wysokich. To było przyczyną zmniejszenia w późniejszych przypadkach dawki końcowej, tak, że np. 64 cm powtarzało się tak długo, aż odczynu miejscowego nie było zupełnie. Również stopniowanie zwolniliśmy w tych przypadkach, gdzie początkowe odczyny były bardzo silne: zamiast zwiększania dawki o 100%, zwiększaliśmy ją tylko o 50%, więc 2 cm, 3, 4·5, 7, 10·5 itd. Co do odczynu ogólnego potrzebne jest jednak zastrzeżenie: ponieważ w większości przypadków szczepienie odbywało się ambulatoryjnie, daty co do podniesień ciepłoty pochodzą od chorych i mogą nie być ścisłe. Jednorazowe badania w jedną, względnie dwie doby po szczepieniu w ambulatorjum częstszych podniesień ciepłoty nie wykazały.

Przy porównaniu, jak zachowuje się ten sam preparat podawany podskórnie a przez skórę, musi się przyznać wyższość sposobowi ostatniemu. W podawaniu podskórnem odczynów ogólnych i silnych ogniskowych nie można uniknąć; poprawa, uzyskana kosztem znacznego wyczerpania ustroju, jest nietrwałą; dawkowanie i ocena odczynu kłopotliwe. Podana przez skórę tuberkulina działa mniej gwałtownie i równiej, wymagania stawiane organizmowi są znacznie mniejsze, wynik trwalszy. Przytem bardzo prosty sposób dawkowania i podawania i możność kontrolowania odczynu naocznie, pozwala przeprowadzać leczenie ambulatoryjnie. Być może, że stosując tuberkulinę naprzemian ze szczepionką, jak poleca Möllers, Petruschky i i., możnaby osiągnąć jeszcze

lepsze wyniki. Tuberkulina zawiera tylko pewne części toksyny lasecznika Kocha, szczepionki zaś wszystkie; prób jednak w tym kierunku nie robiliśmy. Ale już na podstawie powyższego uważamy tuberkulinę, podawaną przez skórę, za ważny środek w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, zwłaszcza form nie nadających się do leczenia operacyjnego, uzupełniający wydatnie leczenie metodami fizycznemi. Niebezpieczeństwa sposób ten nie przedstawia, przy braku wybitniejszych zmian w płucach, żadnego, gdyż według dzisiejszego stanu zapatrywań mierne odczyny ogniskowe nie łączą się z trwałem zaostrzeniem cierpienia i nie mają żadnego wpływu na rozsianie laseczników (Möllers).

Podskórne podawanie może oddać pewne usługi w przypadkach operowanych, gdzie kilka wstrzyknięć tuberkuliny lub lepiej szczepionki wzmoże oporność ustroju wobec zarazków, które usunięte być nie mogły; do dłuższego jednak stosowania sposób ten, według naszych spostrzeżeń, nie nadaje się.

Zdanie Schnöllera, że tuberkulina, odpowiednio stosowana, jest najlepszym środkiem, jaki dotychczas przeciw gruźlicy posiadamy odnosi się w znacznym stopniu i do gruźlicy chirurgicznej

---

Dr. FLECK, — Dr. GINILEWICZ. Lwów.

Próby proteinoterapji przy użyciu mleka kobiecego i szczepionek bakteryjnych.

Z oddz. wewn. II. Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie. Prymarjusz: Dr. Witołd Ziembicki.

Po doświadczeniach z mlekiem krowiem, przedstawionych w swoim czasie przez prymarjusza oddziału[1]), przeprowadzono szereg prób z preparatami, poleconemi do proteinoterapji przez rozmaite firmy, jak phlogetan, caseosan, laktol, laktosteril i t. d. Wynik tych prób wypadł z małemi wyjątkami na korzyść mleka krowiego, użytego w stanie naturalnym.

Następnie podjęto doświadczenia z mlekiem ludzkiem, jakoteż z zawiesiną zabitych bakterji, mianowicie X_{19}.

1) Mleko ludzkie.

Mleko ludzkie stosowano przedewszystkiem w przypadkach ostrego i przewlekłego reumatyzmu stawowego, mianowicie po 4—8 wstrzyknięć w dawkach od $^1/_2$ cm³ do 10 cm³ przegotowanego mleka.

Wynik był prawie zawsze dodatni, w niektórych przypadkach bardzo korzystny.

Przykłady:

Chora G. M. lat 38, (H. ch. Nr. 1542/922) Polyarthritis chronica. Stawy barkowe, kolanowe, nadgarstkowe zniekształcone, ruchomość bardzo znacznie upośledzona, początek zaniku mięśni. Po 2 wstrzyknięciach ruchomość w znacznym stopniu powróciła, chora mogła sama siadać i jeść bez pomocy.

Chora P. Z. lat 19, (H. ch. Nr. 41/923) Polyarthritis acuta, pericarditis acuta.

Po 1 wstrzyknięciu znaczne zmniejszenie obrzęku i bolesności stawów. Po 3 wstrzyknięciach znikły tarcia osierdziowe, ciepłota odtąd prawidłowa.

Co do przebiegu odczynu ogólnego, odpowiada on prawie zupełnie odczynowi występującemu po wstrzyknięciu mleka krowiego. Gorączka występuje jednak nie tak regularnie, jak po mleku krowiem. Istnieją tu zapewne różnice indywidualne, ale i jakość mleka zdaje się mieć wpływ na silniejsze lub słabsze działanie. Zdarzało się, że dana dawka mleka ludzkiego nie wywołała gorączki u żadnej z kilku równocześnie leczonych chorych, jakkolwiek inne dawki poprzednio i następnie u tych samych chorych stosowane wywołały silną zwyżkę ciepłoty. Zdarzało się natomiast, że przypadki nie oddziaływujące na mleko krowie, oddziaływały silnie na ludzkie, co stanowiłoby korzystny i praktyczny przyczynek do laktoterapji.

Przebieg i wysokość ciepłoty przedstawiały się zresztą analogicznie do obrazów występujących po zastosowaniu mleka krowiego. Zmiany we krwi i leukocytoza, eozynofilia, wzmożona krzepliwość, większa szybkość opadania krwinek — jak przy mleku krowiem. Co do szybkości opadania, to wzmaga się ona niezależnie od odczynu gorączkowego. Jak przekonaliśmy się kilkakrotnie, jest ona najlepszym wskaźnikiem ogólnej reakcji ustroju i najlepiej określa rokowanie. Przypadki z silnie wzmożoną szybkością opadania krwinek poprawiają się najlepiej, nawet jeśli odczynu gorączkowego i leukocytozy nie było.

Odczyn miejscowy i ogniskowy zachowuje się, jak przy mleku krowiem.

W moczu białka ani peptonu nigdy nie wykazaliśmy. Odczyn dwuazowy był raz zaznaczony.

Wstrząsu żadnego nie spostrzegano.

2) X_{19}.

W kilku przypadkach przewlekłego reumatyzmu stawowego stosowano wstrzyknięcia zawiesiny zabitych prątków X_{19}. Zawiesina zawierała 1 uszko na 1 cm³ płynu fizjologicznego, była zabijana przez jednogodzinne ogrzanie w cieplocie 65° C. Podawano z niej rosnące dawki, od 0·5—5 cm³ śródmięśniowo w odstępach 3—6 dni.

Odczyn gorączkowy był nieco odmienny od odczynu po mleku. Ciepłota osiągała szczyt w 24—36 godzin po wstrzyknięciu, narastając wolno, bez dreszczów lub z nieznacznemi dreszczykami. Szczyt był zazwyczaj niższy, niż po mleku, spadek prawie lityczny w ciągu dalszych 24 godzin.

Zmiany we krwi, jak przy mleku.

Odczyn miejscowy dość znaczny, obrzęk i bolesność w miejscu zastrzyku ustępują po 24—48 godzinach.

Odczyn ogniskowy na ogół słaby lecz wyraźny. Skutek leczniczy był w niektórych przypadkach bardzo wyraźny. W jednym z nich (prawie zupełna sztywność obu stawów kolanowych, przykurcze) mleko nie osiągnęło żadnego skutku, natomiast po 3 wstrzyknięciach szczepionki z X_{19} chora znacznie lepiej prostowała nogi, mogła kilka kroków przejść bez pomocy, co poprzednio było niemożliwem.

Wynik ten jednakże nie był trwałym.

[1]) Ziembicki Witołd: Polska Gaz. Lek. 1922. Nr. 26 i Nr. 36.

Dr. Ludwika LECHOWSKA, sek. szpit. powszechn. Lwów.

Porównawcze pomiary ciepłoty narządów płciowych kobiecych.

Z oddziału skórn.-kob. Szpitala powszechnego we Lwowie. Dyrektor: Doc. dr. Leszczyński.

Wiadomo, że ciepłota nie we wszystkich częściach ciała jest równa, wewnętrzna jest wyższa aniżeli na powierzchni, co jest wytłumaczone przez większe oddawanie ciepła do zimniejszego otoczenia. Dlatego też części najwięcej wysunięte, jak nos, ucho mają odpowiednio niższą ciepłotę. Wpływ wazomotoryczny i wszystko co na to działa zmienia w wysokim stopniu obwodową ciepłotę. Ciepłota części głębiej położonych ulega też ale nie tak znacznym wahaniom.

Niejednokrotnie przedsiębrane porównawcze pomiary ciepłoty pod pachą, w ustach i odbytnicy, wykazały, że ciepłota w ustach jest tylko o 0,1 do 0,2° C, zaś ciepłota w odbytnicy o 0,4 do 0,5° C wyższa niż w pasze (Bedard, Gassot, Forel, Crombie).

Nas zainteresowały w szczególności różnice ciepłoty narządów płciowych kobiecych. Rozporządzając odpowiednim materjałem chorych, mogliśmy nasze badania łatwo przeprowadzić.

Pomiarami temi dotychczas stosunkowo niewiele zajmowano się. Vicarelli (Centralblat für Gyn. 1895 Nr. 18) badał różnice ciepłoty w pochwie, w macicy i w odbytnicy u nieciężarnych, ciężarnych i położnic. Na podstawie 1.500 przypadków podaje on, że ciepłota macicy nieciężarnej nie jest wyższą od ciepłoty pochwy, a o kilka dziesiątych wyższa od ciepłoty w odbytnicy, 3—4 dni przed miesiączką — ciepłota macicy jest nieco wyższa od pochwy. Podczas miesiączki niema różnicy. Ciepłota ciężarnej macicy jest o 0,1 do 0,2° C wyższa od ciepłoty pochwy. Podczas pierwszego aktu porodu ciepłoty są równe, podczas drugiego, ciepłota macicy o 0,1 do 0,15° C wyższą.

Nawiasem wspomnieć musimy o pracy W. Müllera (Derm. W. B. 65 Nr. 28, 1917), w której wykazał, że ciepłota przedniej części cewki męskiej u niegorączkujących, wynosi tylko 28,2° C. *pars membranacea* 36,6° C, *pars prostatica* 36,5° C a zatem *pars pendula* o 8,3° C niższa od ciepłoty ciała.

Rozważania budowy narządów płciowych kobiecych, perturbacje, jakim normalnie ulegają w czasie życia płciowego, nasuwały nam przypuszczenia, że ciepłota pojedyńczych odcinków w rozmaitych okresach życia płciowego — będzie wykazywać mniej lub więcej wyraźne wychylenia.

Postawiliśmy sobie następujące zadanie:

1. Zbadać, czy są i jakie różnice ciepłoty rozmaitych okolic a mianowicie: cewki, pochwy, szyjki macicy.

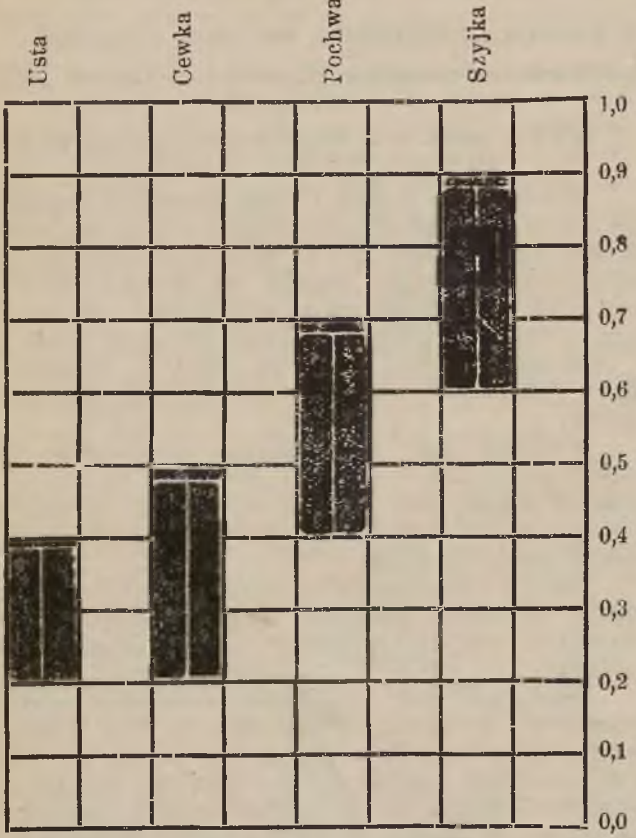
2. Jak zachowuje się ciepłota w powyższych miejscach przed-, w czasie- i po miesiączce?

3. Czy są odchylenia miejscowe pod wpływem stanów zapalnych (*adnexitis*, *endometritis*) *para* — i *perimetritis*?

4. Czy pod wpływem bodźców pyrogennych, w szczególności pod wpływem szczepionek swoistych następuje zmiana ciepłoty w miejscu schorzałem?

W tym celu badaliśmy 100 chorych. Badania przeprowadziliśmy według pewnego schematu. Badaliśmy zawsze o jednej porze przed południem. Termometry kontrolowaliśmy w ciepłej wodzie, czy są zgodne i czy sprawnie funkcjonują. Mierzyliśmy równocześnie pod pachą, w ustach, w cewce, w pochwie i w szyjce. Badania takie u tej samej chorej przeprowadziliśmy, o ile możności, przed, w czasie i po miesiączce, w osobnej rubryce adnotowaliśmy w pewnych przypadkach stany zapalne narządów płciowych kobiecych, lub też schorzenia ogólne. Osobną grupę stanowiły pomiary dokonywane przed wstrzyknięciem szczepionki przeciw-rzeżączkowej i w 2, 6 i 8 godzin później.

Podawanie protokołów zabrałoby zbyt wiele czasu i miejsca, dlatego wyniki nasze podajemy tabelarycznie.



Pierwsze pytanie brzmiało, czy istnieją różnice między ciepłotą cewki, pochwy i szyjki. Jako jednostkę porównawczą braliśmy ciepłotę pachy. Okazało się, że w ustach największa ilość przypadków wykazywała ciepłotę wyższą o 0,2 do 0,4° C. W cewce największa ilość przypadków miała ciepłotę wyższą o 0,4—0,6° C, w pochwie największa ilość przypadków wykazywała podwyżkę o 0,5 do 0,7° C. W końcu w szyjce o 0,7 do 0,9° C. Opierając się na przeciętnych, możemy zatem powiedzieć, że pacha, usta, cewka, pochwa i szyjka mają w wymienionym porządku coraz wyższą ciepłotę, że ciepłota cewki jest nieco mniej niż o pół stopnia C, ciepłota pochwy nieco więcej niż o pół stopnia, a ciepłota szyjki prawie o trzy czwarte stopnia wyższa niż ciepłota pachy.

Drugie pytanie brzmiało: jak zachowuje się ciepłota, przed, w czasie i po miesiączce. Kontrolowaliśmy w 90-ciu przypadkach, wahania odbywają się w granicach nieznacznych, nie zdołaliśmy podchwycić żadnego prawidła. Stosunek ciepłoty poszczególnych odcinków taki sam, jak zaznaczyliśmy.

Na pytanie trzecie, t. j. jak zachowuje się ciepłota miejscowa przy stanach zapalnych w obrębie badanym, nie mamy dotychczas zadawalającej odpowiedzi. Przebadaliśmy dwanaście przypadków, a to: sześć *adnexitis*, dwa *parametritis*, trzy *endometritis*, jedno *cystitis*, ale nie stwierdziliśmy żadnych szczególnych wychyleń ciepłoty. W każdym razie uważamy, że ilość przypadków jest zbyt szczupła, by jakiekolwiek wnioski pozytywne lub negatywne wysunąć.

Pytanie czwarte: jak zachowują się miejscowe ciepłoty po szczepionkach — przedstawiało dla nas szczególne zainteresowanie. Szczepionki stosujemy bardzo chętnie w leczeniu rzeżączki kobiecej, zasadniczo w każdym przypadku powikłania, a otrzymane wyniki wyrobiły u nas przeświadczenie o skuteczności, niewątpliwem działaniu dobrych szczepionek. Dobra, pewna szczepionka wywołuje po wstrzyknięciu, odczyn miejscowy, mniej lub więcej wyraźny, odczyn ogólny wyrażający się między innemi podwyższeniem się ciepłoty ogólnej, w końcu odczyn ogniskowy.

Odczyn ogniskowy, przy *adnexitis* — wyraża się przejściowym obrzękiem, nawet bolesnością, co wszystko przemawia za zwiększonem przekrwieniem schorzałego miejsca. Widzieliśmy niejednokrotnie, że po wstrzyknięciu szczepionki zwiększała się wydzielina z szyjki i znajdywaliśmy w niej na nowo gonokoki, których poprzednio od pewnego czasu już nie było. Postępowanie to t. zw. prowokujące wszakże jest przyjęte jako swoista metoda rozpoznawcza i to zjawisko może być pojęte również jako wyraz zwiększonego przypływu krwi w miejsca schorzałe po szczepionce. Uzasadnione było tedy nasze oczekiwanie, że właśnie po szczepionkach swoistych miejsca schorzałe wykażą wyższą ciepłotę niż poprzednio (przed szczepionką), większe różnice w stosunku do otaczających tkanek. Nasze pomiary dokonane w 47-miu przypadkach nie potwierdziły naogół tego przypuszczenia; jest to dziwne, ale nie przekonywujące. Spostrzeżenia kliniczne wyżej przytoczone przemawiają tak dobitnie za przekrwieniem, jako odczynem miejscowym, po szczepionce, że musimy raczej przypuścić niewłaściwą technikę badania, niż pogodzić się z myślą o braku podwyższenia ciepłoty miejscowej, zawsze bowiem przekrwienie czynne sprowadza *ceteris paribus* podwyżki ciepłoty. Być może, że termometr zwyczajny przylegający tylko do powierzchni nie daje nam dostatecznego obrazu wahań ciepłoty. Dlatego wstrzymujemy się z wypowiedzeniem wniosku w tej kwestji i nie zrażeni pozornem niepowodzeniem będziemy prowadzić poszukiwania w tym kierunku dalej.

Jak z przedstawienia widać, przynosimy odpowiedź przedewszystkiem na pytanie pierwsze. Zdołaliśmy ustalić, że cewka, pochwa i szyjka mają w warunkach prawidłowych coraz to wyższą ciepłotę.

Z praktyki.

Dr. Józef KAWIECKI. Warka.

Przyczynek do rozpoznawania ropni okołonerkowych.

W Nr. 32 »Polskiej Gazety Lekarskiej« Dr. Wilenko podał historje trzech przypadków rozpoznanych przez siebie ropni okołonerkowych.

Autor podnosi trudności w rozpoznawaniu tych stanów chorobowych oraz zagadkową nieraz ich etjologję. Że tak

jest w istocie, niech służy za dowód przypadek, obserwowany i leczony przezemnie przed dwoma niespełna laty, przypadek ciekawy ze względu na przebieg i okoliczności mu towarzyszące.

Chora M. K., lat 28, dnia 4. IX. 1922 roku urodziła w trzecim połogu zdrową i donoszoną córeczkę. Poród odbył się z zachowaniem ścisłej i starannej aseptyki w obecności lekarza i czystej akuszerki. Przebieg popołogowy normalny. Dziesiątego dnia chora wstała i oddawała się domowym zajęciom. 17. IX. t. j. czternastego dnia po połogu uczuła dreszcze, bóle w rękach i nogach, w klatce piersiowej i ogólne osłabienie.

Na drugi dzień przyłączył się kaszel i katar. Ciepłota 38,5—39,5°. Przy badaniu stwierdziłem co następuje: chora dziedzicznie nie obarczona, dobrej i prawidłowej budowy ciała, dobrego odżywienia, macica skurczona normalnie, wydzieliny białe, skąpe, nie cuchnące, przydatki wolne. W płucach zwł. w prawem, dość liczne rzężenia suche i świsty, bez zmian wypukowych. Gruby i suchy kaszel. Rozpoznałem grypę i zaleciłem odpowiednie leczenie. Po tygodniu ciepłota spadła do 37,5—37,1°, by po trzech dniach t. j. 27. IX. podnieść się znowu do 39,8 z poprzedzającemi silnemi dreszczami.

Stan z dnia 28. IX. był następujący: ciepłota 39,8° tętno 110, w płucach oddech wszędzie pęcherzykowy, rzężeń brak, bóle w kończynach ustały, kaszel mniejszy, śledziona niewyczuwalna, tony serca głuchawe. Przypuszczając, pomimo wszystko i wbrew nawet przekonaniu zakażenie popołogowe, wstrzyknąłem chorej 6 flakonów surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowaźnej, bez najmniejszego efektu. Wstrzykiwania późniejsze kolargolu (*argent. colloidale*) również były bez wpływu na ciepłotę, która zaczęła przybierać wyraźnie typ hektyczny.

Wezwani na naradę koledzy z Warszawy (internistka i położnik) skłaniali się ku zakażeniu na tle grypowem. Znaczne osłabienie postępujące z tętnem 105—115 — przy głuchych tonach serca — budziło poważne obawy. Stan taki chorej, leczonej już teraz tylko zastrzykami olejku kamforowego i forsownie odżywianej trwał do końca października. Mianowicie wtedy chora zaczęła uczuwać i wskazywać na bóle w prawej okolicy lędźwiowej.

Badanie chorej, dnia 3. XI. wykazało: napięcie mięśniowe, nieznaczne stłumienie przy wypukiwaniu prawej okolicy nerkowej, oraz obrzęk skóry z pewnem uwypukleniem w tejże okolicy.

Teraz dopiero, w 6-ym tygodniu choroby wpadłem na myśl, że mam do czynienia z ropniem okołonerkowym. Nie chcąc robić nakłucia niezmiernie osłabionej i wycieńczonej chorej, odrazu skierowałem ją do Warszawy, gdzie operacja natychmiastowa w zupełności potwierdziła rozpoznanie i chora została doszczętnie wyleczoną.

Badanie ropy stwierdziło dużą ilość gronkowców.

Czy za czynnik etjologiczny przyjąć sprawę połogową, czy też grypę — pytanie pozostaje otwartem.

Dr. J. FELS. Lwów.

O bezsenności i środkach nasennych.

W czasie studjów w klinice uczono nas głównie rozpoznawania chorób i djagnostyki różniczkowej. Terapja mogła być traktowana przeważnie tylko w główniejszych zarysach. Tosamo prawie dotyczy późniejszej praktyki szpitalnej, gdzie badania fizykalno-chemiczne i laboratoryjne, jakoteż rozmaite próby djagnostyczne i zabiegi terapeutyczne bardzo wiele absorbują czasu. W dodatku kliniki i oddziały szpitalne mają często za zadanie poznawać nowe sposoby djagnostyczne i doświadczać różnych metod leczenia tak, iż śmiało rzec można, lekarz po ukończeniu swego wykształcenia w klinice i po odbyciu praktyki szpitalnej rozpoczyna praktykę prywatną o własnych siłach, zdany już wyłącznie na siebie. Uczuwa też z czasem coraz liczniejsze braki, a to głównie na polu terapeutycznem, gdzie musi często choremu i jego otoczeniu podać bardzo ścisłe przepisy i pouczenia, począwszy od recepty a skończywszy na djetetyce ducha. Toteż każdy z nas musiał zwłaszcza w początkach swej praktyki, ale częstokroć i potem wiele zajmować się terapją rozmaitych stanów chorobowych, nieraz w sposób tak drobiazgowy, jaki w klinikach i oddziałach szpitalnych nie zawsze był w użyciu.

Rozpocząwszy przed 27-miu laty praktykę założyłem sobie alfabetycznie uporządkowany zbiór zapisków głównie terapeutycznych. Prócz tego składam w osobnych okładkach, bądź odbitki, bądź wycinki i wypiski kartkowe również w porządku alfabetycznym.

Zbiory te, do których prawie codziennie zaglądam, oddają mi nieocenione usługi, zaoszczędzając mi wiele drogiego czasu, jaki musiałbym poświęcić na przeglądnięcie obszernych podręczników i roczników czasopism. Jak bowiem pamięć nasza jest zjawiskiem naturalnem, tak też i zapominanie jest objawem fizjologicznym, zaś *scripta et pressata manent*, a małe notatniki lub pojedyncze kartki można bardzo łatwo w razie potrzeby zabrać ze sobą do kieszeni.

Dlatego polecam wszystkim, zwłaszcza młodszym kolegom, podobne postępowanie t. j. zakładanie alfabetycznych notatek, najwygodniej systemem kartkowym, z uwagami leczniczemi i wypróbowanemi metodami leczenia. Ułatwia to orjentację i przypomina odrazu sposób leczenia. Z tych swoich wypisków pragnę dziś podać kilka słów o bezsenności i środkach nasennych.

Agrypnia vel insomnia.

Kwestja snu zajmuje i trwoży wiele ludzi przez całe prawie życie. Ludzie dorośli powinni się zadowolić snem trwającym 6—7 godzin, chociaż śpią nieraz 9 godz. i jeszcze więcej. Liczni myśliciele i twórcy nie śpią nigdy ponad 5 godzin, lub jeszcze mniej, osiągając sędziwy wiek, jeśli pozatem prowadzą prawidłowy tryb życia.

Niektórzy zaś martwią się, jeśli śpią mniej niż 7 godzin, lub w nocy kilkakrotnie się przebudzą. Troska ta szkodzi im więcej, niż rzekomy krótki sen. Jeśli się udaje ich przekonać o bezpodstawności tych obaw, to śpią potem lepiej i dłużej. Zbyt długi sen, ponad ośm godzin u dorosłych, często więcej szkodzi, niż za krótki, zwłaszcza osobom tłustym i krwistym (pletorycznym). Bardzo liczne spostrzeżenia wykazują, że prawie wszystkie osoby, które dożyły podeszłego wieku, wcześnie udawały się do snu i wcześnie wstawały.

Niektórzy ludzie budzą się często w nocy i po przebudzeniu zaczynają wnet rozmyślać nad swemi interesami i troskami, widząc oczywiście wszystko w ciszy nocnej w ciemnych, czarnych barwach. Celem uniknięcia przerwy snu zabezpieczają się już przed spoczynkiem, albo po pierwszem przebudzeniu się w ten sposób, że biorą środek nasenny. Częste jednak zażywanie środków usypiających i odurzających działa niekorzystnie na serce, na układ nerwowy i przewód pokarmowy, temsamem osłabia odporność ustroju. Zachodzi więc pytanie, jak należy postąpić po przerwanym śnie, gdy nowy sen nie przychodzi, a już zapóźno na zażycie środka nasennego. Wtedy bowiem zjawiają się często nieprzyjemne myśli, występują stare i nowe upiory myślowe. Owe mary dają się najlepiej usunąć przez odpędzanie myśli. Do powyższego celu służy liczenie od 1 w górę aż do zaśnięcia, odmawianie pacierzy, wyliczanie 9 muz, pocztu królów, lektura, która mózg nuży. Najlepszym takim środkiem jest ciche recytowanie wierszy, które pamiętamy jeszcze z czasów szkolnych i studenckich, a jeśli kto już wszystkie zapomniał, winien do tego celu część ich odświeżyć w pamięci. Te ciche recytacje są najlepszym środkiem do spełnienia rady Anatola France'a: »najlepiej jest nic nie myśleć i nie zastanawiać się nad niczem«. Podobne odwodzenie myśli ćwiczy pamięć, męczy lekko mózg i sprowadza ponowny sen [1]).

---

[1]) Sam obarczony bezsennością jeszcze nigdy leku nasennego nie zażyłem, posługując się zawsze jednym z powyżej wymienionych sposobów. Zwykle recytuję: Kochanowskiego — »Kiedy ranne wstają zorze«; Mickiewicza — »Powrót taty«, »Alpuhara«, ustępy z »Pana Tadeusza«; Goethego »Erlkönig«, »Der Sänger«, ustępy z »Fausta«; »Gaudeamus igitur« i wiele innych.

Hypnotica.

I. *Hypnotica psychica.*

Bardzo ważnem jest unikanie niepokoju duchowego przez troski, zmartwienia i wyrzuty sumienia, przez ważne roboty i poczynania, jakoteż podniecającą lekturę. Natomiast można polecać odczytywanie popularno-filozoficznych lub podobnych kształcących dzieł alboteż utworów. W lżejszych przypadkach bezsenności zalecamy myśleć o wodzie płynącej o falującem polu, kiwanie głową w prawo, w lewo i ku przodowi, powolne liczenie do 100 albo od 100 w dół, odmawianie modlitw, ciche recytowanie znanych wierszy i t. d.

W niektórych przypadkach wystarczy oznajmić choremu, że dla jego zdrowia sen nie jest absolutnie potrzebny i że wystarczy spokojne leżenie w łóżku. Albo kładziemy cierpiącemu środek nasenny na stolik nocny pouczając go, że ma go zażyć tylko w razie bezsenności. Częstokroć rada tego rodzaju sprowadza sen.

II. *Hypnotica hydropathica ac diaetetica.*

Bardzo skuteczne w lżejszych przypadkach bezsenności są: letnie zawijania częściowe lub całkowite na $^1/_2$—2 godzin, wysychający kompres na pierś i brzuch przez noc a wobec niepokoju sercowego wolna »opaska z wódki« na pierś. Rozczynem z pół szklanki alkoholu i pół szklanki wody zwilżyć lub dobrze skropić ręcznik. Tak zwilżonym ręcznikiem obwinąć pierś, na to ceratkę lub flanelę, obwinąć wolno ręcznikiem i przymocować agrafkami. Również dobrze działają krótsze (przez 15—30 minut) lub długotrwałe (przez 1—2 godzin trwające) ciepłe kąpiele wieczorem o 35° C = 28° R. Zimne nogi stanowią częstą przeszkodę snu, wówczas zalecamy kąpać i nacierać nogi chłodną wodą, albo ciepłą kąpiel nożną ewentualnie z dodatkiem garści gorczycy lub też ciepłe flaszki na nogi. Podobną usługę czynią zaciągane, wdziane na noc ciepłe włóczkowe pończochy. Niekiedy suchość skóry przeszkadza w śnie, wówczas polecamy również ciepłe kąpiele albo natarcie skóry gliceryną.

Dobrym środkiem hydropatycznym jest opaska wysychająca na łydki wykonana zapomocą długich damskich pończoch albo chusteczek. Wdziewa się parę długich pończoch włóczkowych, które na nogach zwilża się mokrą gąbką lub kompresem, poczem zaciąga się na nie drugą parę włóczkowych suchych pończoch. Ponieważ stopy dopiero po dłuższym czasie albo i wcale się nie ogrzewają, lepiej jest zwilżyć tylko łydki i golenie, a jeszcze prościej obwijać podudzia od kolan do stawu skokowego wilgotnemi (nie mokremi) chusteczkami i na to zaciągać suche włóczkowe pończochy lub obwijać włóczkowemi chusteczkami. Opaska taka działa odwodząco na przekrwienie narządów wewnętrznych, dlatego też nie jest wskazaną u osób niedokrewnych, u których nie następuje reakcja i nogi zostają zimne. Prosty sposób usypiający, polegający na ułatwieniu odpływu krwi z mózgu i odwodzeniu myśli podał dr. Ebstein w Zeitschr. f. physik. diaet. Therapie 1914. Leżący w łóżku podnosi ramiona nad głowę i nieco w tył lub może uchwycić sztabę u wezgłowia łóżek metalowych. Pozostając w tem położeniu przez kilka minut uczuwa zmęczenie, kładzie się spokojnie na bok i zasypia.

Wieczorem nie powinno się przeładowywać żołądka, a bardzo pożyteczną i polecenia godną jest przechadzka wieczorna. W nerwowej bezsenności działa niekiedy żywienie jarskie. Wobec przekrwienia mózgu *(hyperaemia cerebri)* nieraz działa dobrze na sen wypicie szklanki wody ocukrzonej przed spaniem. Wobec niedokrewności mózgowej *(anaemia cerebri)* zalecamy niskie ułożenie głowy i łagodne środki podniecające: piwo, miód, koniak w małych dawkach i w przeciwieństwie do kongestji mózgowej znaczniejszy posiłek przed spaniem. Tu wymienię jeszcze jako popularny środek, odwar chłodny kozłka lub liści pomarańczowych, które działają dobrze na sen.

III. *Antineuralgica ac narcotica quam hypnotica.*

Nigdy nie wolno zapominać, że 0,5 aspiryny, 0,3 piramidonu lub 1 gr *natr. salic.* są niekiedy doskonałemi środkami nasennemi, nawet w sprawach tak bolesnych, jak n. p. głęboki absces lub nawet nowotwór.

W bardzo bolesnych cierpieniach jest dobrym środkiem nasennym kodeina lub morfina w proszku lub w kroplach w odpowiednich dawkach. Celem uniknięcia przyzwyczajenia dajemy te środki naprzemian z innymi środkami nasennemi. Dobrze działają też stosowane dawniej środki nasenne, a więc 5—10 kropel *tinct. opii simpl.* na noc albo *extr. opii aquos.* 0,02—0,03 w czopku. Wobec chronicznej bezsenności oraz u neurasteników i u starców najlepszym środkiem nasennym jest brom. W razie bólu głowy dodajemy do bromu jeszcze lek antineuralgiczny n. p. *aspirini* 0,50, *pyramidoni* 0,25 gr.

IV. *Hypnotica specifica s. vera.*

Z właściwych środków nasennych wyliczam oczywiście tylko leki stosowane najczęściej w praktyce.

1. *Chloralum hydratum* jest doskonałym środkiem nasennym, lecz tylko dla chorych w młodocianym wieku, wolnych od chorób płuc, serca i tętnic. Dawka nasenna wynosi 1—3 gr (dawka maksymalna 3,0! *pro dosi*, 6,0! *pro die)*, u dzieci 0,05 *pro anno.* Najprościej zapisujemy:

1) *Rp.*

Chlorali hydrat.	*5,0*
Aq. dest.	*60,0*
Sir. cort. aur. ad	*75,0*

S. Wieczorem 1—3 łyżek stołowych w wodzie.

2) *Rp.*

Chloral. hydrat.	*5,0*
Aq. dest. Sir. cort aur. aa ad	*60,0*

S. Wieczorem łyżeczka od herbaty, do łyżki stołowej w wodzie.

2. Podobnie działa *Isopral;* dawka 0,5 w płynie (jest rozpuszczalny). Już po upływie 15 minut chory zapada w spokojny, głęboki sen, trwający 6—10 godzin [2]).

3. *Bromural* (*Knolla)*, dawka 1—3 tabletek *à* 0,3 gr w gorącej wodzie ocukrzonej lub w słabej gorącej herbacie. Bromural jest łagodnym i dość niewinnym środkiem nasennym, dlatego można go stosować u starców i dzieci; dawka dla dzieci $^1/_2$—1 tabletki.

4. *Adalina* jest również łagodnym i dość niewinnym środkiem nasennym, zalecanym wobec trudności zaśnięcia. Dawka 0,5—1,5 w proszku lub tabletkach po 0,5. W chorobach serca i nerek, w mocznicy można stosować 1—1 $^1/_2$ tabletek adaliny. W razie bólów zapisuje się:

3) *Rp.*

Adalini	*0,5*
Luminali	*0,1*
Narcophin (s. Morphii)	*0,015*
M. f. pulv. dt. tal. dos. IV.	

S. Wieczorem proszek w gorącej wodzie.

5. *Trional*, dawka 1,0 w gorącym płynie. Wychodzi z mody, a *sulfonalu* już nawet wcale się nie zapisuje.

6. *Veronal* = *acidum diaethylbarbituricum* [3]) i *Veronalnatrium* = *natrium diaethylbarbit.* zwane *Medinal*, są dziś najwięcej stosowane leki nasenne. Dawka 0,3—0,5 w proszkach lub tabletkach, zawsze rozpuszczone w gorącej herbacie lub wodzie.

Dawka najwyższa 0,75! *pro dosi*, 1,5! *p. die*, najmniejsza dawka śmiertelna 4—5 gr. Skutek następuje w pół do 1 godziny po zażyciu i trwa do 8 godzin. Częstokroć okazuje się jeszcze skutek następnej nocy. Veronal ma smak gorżkawy, osoby o usposobieniu przygnębionem mają po veronalu uczucie senności i znużenia. *Veronalnatrium* jest łatwiej rozpuszczalny, działa przeto szybciej; dawkowanie jego takie same. Oba środki można stosować także przy stwardnieniu tętnic. U osób, u których skutek nasenny się opóźnia n. p. w chorobach żołądkowych, stosujemy *veronal* podzielony na 3 dawki w ciągu popołudnia, n. p. u kobiet

---

[2]) Zobacz mój referat — Przegl. lek. 1904 str. 233.

[3]) Nazwa chemiczna jest tańsza w zapisywaniu. Mering, wynalazca kilku środków nasennych, stworzył też *veronal*. Szukając dlań nazwy, podczas podróży wielkanocnej w pociągu z Monachjum do V e r o n y, nazwał go *veronalem.*

3 razy po 0,1, u mężczyzn 3 razy po 0,15—0,2 gr. Dla wzmocnienia skutku i pewniejszego usunięcia bólów zaleca się jedną z następujących kombinacyj:

4) *Rp.*

Veronali	*0,3*
Morphii hydrochl.	*0,01*

tal. dos. V. wieczorem proszek.

Taksamo:

5) *Rp.*

Veronali	*0,3*
Codeini phosph.	*0,02—0,03*
Phenacetini	*0,25*

albo

6) *Rp.*

Veronali	*0,2*
Dionini	*0,01*
Aspirini	*0,5*

Zawsze rozpuszczony w gorącym płynie.

7. *Luminal* działa jak *veronal* ale silniej. Dawka 0,1—0,3 (tabletki po 0,1 i po 0,3) w gorącej wodzie. Sprowadza spokojny sen; przy chronicznych chorobach serca, naczyń i nerek ostrożnie w dawkowaniu! Łatwiej rozpuszczalny jest *luminalnatrium* w takich samych dawkach.

8. W uporczywych przypadkach bezsenności działa pewnie: *Morphii hydrochl. 0,01 + Scopolamini hydrobrom. 0,0005—0,001;* także w razie gwałtownego podniecenia i szału. W bolesnym gośćcu stawowym stosujemy jako środek nasenny:

7) *Rp.*

Phenacet. Na sulf. sicc. aa	*0,5*
Aspirini	*0,25*
Codeini phosph.	*0,02*

V. *Stosowanie środków nasennych.*

Każdy środek nasenny zażyć należy z większą ilością płynu ciepłego (mleko, słaba herbata, zupa, nawet woda gorąca). Jeśli chory przez dłuższy czas zażywa środki nasenne, należy zawsze na drugi dzień podtrzymywać moczenie przez podanie płynów, a zwłaszcza uważać na regularne wypróżnienia. Wskazanem jest z reguły po środku nasennym podać środek przeczyszczający. Nie powinno się również zażywać leku nasennego co wieczór, gdyż częstokroć działanie zażytego nasennego środka rozciąga się i na następną noc. W ostrych przypadkach bezsenności trudno częstokroć obejść się bez leków nasennych; w przypadkach zaś nawykowej bezsenności należy o ile możności unikać środków nasennych albo stosować je bardzo oględnie 1—2 razy tygodniowo. Jeśli zniewoleni jesteśmy do stałego stosowania leku nasennego, natenczas zaleca się odmiana środków, należy przeto stosować co wieczór inny środek. Jeśli u niektórych ludzi skutek nie zjawia się odrazu, to podajemy środek w 2-ch częściach w odstępach półgodzinnych, albo nawet w 3-ch częściach w przeciągu całego popołudnia. Zapisujemy zwykle 4—6 proszków nasennych. Skoro zachodzi podejrzenie, że chory nerwowy mógłby lekiem nasennym popełnić zamach na swe życie, wówczas dodajemy do każdej dawki 0,1—0,15 *radicis ipecacuanhae* n. p.

8) *Rp.*

Veronali (s. acid. diaethylbarbitur.)	*0,3*
Phenacet.	*0.2*
Codeini phosphor.	*0,025*
Pulv. rad. ipecac.	*0,1—0,15*

M. f. pulv. dtr tal. dos. Nr. V.

S. Godzinę przed spaniem zażyć 1 proszek w pełnej szklance ciepłego płynu.

W razie potrzeby można też ten lek nasenny powtórzyć wśród nocy, jednak po północy nie powinno się go zażywać; sprowadza bowiem w dniu następnym znużenie i senność.

VI. *Leki nasenne u sercowo chorych.*

Przy niepokoju sercowym próbujemy stosować okłady na okolicę serca. Starcy zamiast zimnych okładów znoszą lepiej okłady chłodne, lub ciepłe, nacieranie wódką francuską lub spirytusem mentolowym. Dobrze działa też w niepokoju sercowym opisana w rozdziale II. opaska z wódki na pierś. Z leków nasennych najodpowiedniejszemi dla sercowo chorych są: *brom, morfina, bromural i adalina* w podanych w IV. rozdziale dawkach. Można też je stosować przez dłuższy czas w bezsenności i w stanach trwogi.

Zapisujemy:

9) *Rp.*

Na brom.	*10,0*
ewentualnie z dodatkiem *(Morphii hydrochl. 0,03)*	
Aq. dest.	*130,0*
Sir. cort. aur. ad	*150,0*

S. Wieczorem 1—3 łyżek stołowych zażyć.

Godnemi zalecenia środkami nasennemi wobec niewyrównanych wad sercowych są: *Paraldehyd, Urethan* i *Amylenhydrat.* Nie wywierają one żadnego ujemnego wpływu na narząd krążenia i serce, działają szybko i pewnie. *Paraldehyd* posiada tylko przykry, przypominający chloroform zapach i powoduje wydech niemiły, spotykany u nałogowych pijaków. Dlatego w praktyce wychodzi z użycia. Najwięcej stosowany bywa w stanach podniecenia umysłowo chorych. Dawka nasenna 2—4 gr (5,0! *pro dosi,* 10,0! *pro die).*

Zapisujemy:

10) *Rp.*

Paraldehyd.	*10,0*
Sir. cort. aur.	*30,0*
Aq. dest. ad	*150,0*

S. 2—3 łyżki stołowe w szklance wody ocukrzonej albo w szklance naparu liści miętowych lub pomarańczowych.

Do lawatywki zapisujemy:

11) *Rp.*

Paraldehyd	*2,0—4,0*
Mucilag. gummi arab.	*70,0*
Aq. dest. ad	*200,0*

S. Na 2 lawatywki.

Podobnie działa *Urethan.*

12) *Rp.*

Urethani	*10,0*
Aq. dest.	*35,0*
Sir. cort. aur. ad	*50,0*

S. Wieczorem 2—3 łyżeczki kawowe w płynie, jak *Paraldehyd.*

Wobec gorączki trawiącej, u suchotników, alkoholików, djabetyków i morfinistów zalecenia godnym jest *Amylenhydrat.*

13) *Rp.*

Amylenhydr.	*2,0—4,0*
Morphii hydrochl.	*0,02*
Aq. dest.	*70,0*
Sir. cort. aur. ad	*100,0*

S. Na noc połowę zażyć!

Niekiedy chorzy podają, że wprawdzie szybko i głęboko zasypiają, lecz po upływie 1—2 godzin budzą się wśród uczucia lęku, lekkiego ciężaru na klatce piersiowej i b. często z biciem serca.

L. Feilchenfeld tłumaczy to zjawisko osłabieniem mięśnia sercowego, a budzenie się następuje z powodu przejściowego rozszerzenia serca w pewnych położeniach ciała. Tu zaleca się małe dawki naparstnicy w połączeniu z małą dawką morfiny.

14) *Rp.*
Pulv. digit. 0,015
Morphii hydrochl. 0,0025
Sachar. 0,35
Mfp. dir tal. dos. Nr. X.

S. Przed spaniem jeden proszek zażyć [4]).

Nerkowo chorym zalecamy tesame leki nasenne, jak i sercowo chorym, n. p. przy bezsenności i bólu głowy w moczniey jedną tabletkę, adaliny.

VII. *Środki nasenne u starców i dotkniętych zwapnieniem tętnic.*

Najodpowiedniejszym środkiem nasennym u starców jest od czasu do czasu 1—2 gr *Kal. brom.* lub 1—2 tabletek *bromuralu* i zważać by nogi były ciepłe. Dobre usługi oddaje też *Aspiryna* 0,5 albo 5 kropel *Tinct. opii simpl.* Wprzód jednak należy spróbować szklankę ciepłego mleka, albo szklankę wody ocukrzonej, albo kilka sucharków lub ciepłą kąpiel nożną.

W bezsenności osób z twardemi tętnicami są wskazane małe dawki jodku potasu przez czas dłuższy i masaż. Przy znaczniejszem parciu tętniczem stosujemy krople nitrogliceryny (0,01 na 10 alkoholu po 10 kropel). W przypadkach dusznicy sercowej najlepiej działa również nitrogliceryna w połączeniu z morfiną, przy stwardwieniu tetnic bez duszności *Natr. diaethylbarbituricum (medinal)* 0,3—0,5 gr. Dobrze działa w bezsenności chorych na stwardnienie tętnic następująca kombinacja:

Diuretin 0,75—1,0 + Luminal 0,1—0,15.

VIII. *Bezsenność w chorobach żołądka.*

W przypadkach, w których przyczyny bezsenność tkwią w przypadłościach żołądkowych, należy lek nasenny zażyć w 2 lub 3 dawkach w ciągu popołudnia. Niekiedy nadkwaśność żołądkowa (kwaśne odbijanie i zgaga) jest przyczyną bezsenności. Wówczas zamiast środka nasennego podajemy na noc *Natr. bicarb.* i zalecamy przed spaniem szklankę mleka i bułkę z masłem, jakoteż opaskę wygrzewającą na górną połowę brzucha. Jeśli mamy do czynienia z rozszerzeniem żołądka, należy go na noc wypompować. Z drugiej strony przy próżnym żołądku często mały posiłek pomoże do osiągnięcia snu. Choroby żołądka powodują niekiedy wczesne budzenie się, w czasie od 2—6 rano, o czem należy pamiętać, albowiem zaburzenia żołądkowe mogą być w tych przypadkach tylko lekkie, albo dopiero w dłuższy czas po przebudzeniu się, zjawia się zgaga i niepokój.

W *gruźlicy* stosujemy na noc narkotyka, kodeinę lub morfinę lub też *veronal*. Podania, że *veronal* wpływa korzystnie na poty nocne u suchotników, nigdy nie mogłem stwierdzić. Wobec gorączki trawiącej u suchotników zaleca się jako środek nasenny *amylenhydrat* w wyżej podanej dawce.

IX. *Rodzaj skuteczności środków nasennych.*

Dla neurasteników odpowiednim jest *brom.*

Środkami usypiającemi są: *chloral, adalina i isopral.*

Środkami sprowadzającemi długi sen, są: *trional, veronal i isopral.*

Przy niespokojnem śnie zaleca się: *bromural, adalinę i luminal.*

Dla sercowo chorych i chorych na nerki: *morfina, brom, bromural, adalina i medinal.*

Dla starców: *brom, bromural, tinct. opii, aspiryna.*

W aterosklerozie: *brom, morfina.*

U niemowląt: *chloralhydrat, urethan, medinal, bromural.*

Oceny i sprawozdania.

H. Mondor et G. Lauret. **Les ulcéres perforés de de l'estomac et du duodénum.** Masson et Cie. Paris, 1923. Cena 10 fr.

Chirurg Mandor wspólnie z internistą Lauret'em na 186 str. wymienionej monografji szczegółowo omawiają sprawę ostrego przebicia wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy do wolnej jamy otrzewnowej, rozmyślnie zostawiając bez uwzględnienia wrzody przenikające i przedziurawienia przewlekłe. Wykazawszy w przedmowie, że przed r. 1890, gdy we Francji wykonano pierwszą operację z powodu przebicia wrzodu do jamy otrzewnowej, śmiertelność wynosiła 100%, obecnie zaś, gdy się wykonuje wczesną operację, zniżyła się do 10—20%, omawiają autorowie kolejno częstość ostrego przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy zarówno ogólną, jak i zależną od ich siedziby (prawie zawsze są to wrzody przyodźwiernikowe), płci i wieku (najmłodszy 7-dniowe niemowlę, najstarszy 85-letni starzec), wreszcie, rozpatrują czynniki wyzwalające. Tu zasługuje na uwagę przypadek Hartmanna przebicia wrzodu po papce barowej. W następnym rozdziale przechodzą autorowie do bardzo szczegółowego podania danych anatomopatologicznych, dotyczących najważniejszego dla praktycznego lekarza okresu, który poprzedza zapalenie otrzewnej, i z nich wysnuwają szereg praktycznych wniosków, ułatwiających odróżnienie przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy od przebicia jelit, zwłaszcza wyrostka robaczkowego, oraz odszukanie podczas zabiegu operacyjnego miejsca przebicia. W rozdziale, dotyczącym symptomatologji i przebiegu przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy, kładą autorowie bardzo silny nacisk na znamienną trójcę objawów, mianowicie: nagłe zjawienie się bardzo gwałtownego bólu z pierwotną jego siedzibą powyżej pępka, ogromne zesztywnienie powłok brzusznych i antecedencja żołądkowe. Na podstawie tego zespołu, którego charakterystyce poszczególnych członów poświęcają autorowie dużo uwagi, rozpoznają autorowie przebicie wrzodu żołądkowego lub dwunastniczego i niezwłocznie przystępują do operacji. Podają też autorowie dokładnie i inne objawy obrazu klinicznego, lecz nadają im, z wstrząsem włącznie, o wiele mniejsze znaczenie rozpoznawcze. Szkicując obraz kliniczny, mają autorowie przedewszystkiem na względzie wczesny okres, w którym zabieg operacyjny ma, jak widzieliśmy, duże szanse powodzenia, i to właśnie stanowi dużą zaletę monografji, poucza bowiem, jak rozpoznać możliwie wcześnie ostre przebicie wrzodu. Zwłaszcza należy tu podkreślić przestrogę autorów, żeby się nie łudzić chwilową poprawą stanu chorego po okresie wstrząsowym, wszelka bowiem zwłoka pogarsza wysoce los chorego. Duże też uznanie należy się autorom za dokładne przeprowadzenie zasad rozpoznania różnicowego, zwłaszcza od appendicitis perforativa. Odnośnie do leczenia, stoją autorowie na jedynie racjonalnym stanowisku rychłej operacji, nawet już w okresie wstrząsowym. Omówieniu dotychczas stosowanych zabiegów chirurgicznych oraz rozważeniu wskazań i wyników dla każdego z nich poświęcają autorowie 64 str. swej monografji, ilustrując technikę operacyjną 7 rysunkami. Całość stanowi ładnie wydaną, dobrą monografję, dotyczącą sprawy, zwykle po macoszemu traktowanej nawet w większych podręcznikach. Lekarz praktyk przyswoiwszy ją sobie odniesie wielki pożytek. *Witold Orłowski* (Kraków).

Omołożenje w Rossiji. (Odmłodzenie w Rosji). Wydawnictwo »Medycyna« Leningrad 1924 str. 144.

Omawiana książka jest zbiorowem dziełem fizjologów i chirurgów, poświęconem zagadnieniu odmładzania, stosowanego i spostrzeganego w Rosji. Książka rozpoczyna się pracą prof. Niemiłowa »Fizjologiczne podstawy odmładzania«. Na wstępie już autor podkreśla niesłuszność rozpowszechnianego rozległe określenia »odmładzania«, które nie wyraża faktycznego stanu rzeczy. O powrocie do młodości nie może być mowy i nauka nie jest wstanie zmienić kolejnego biegu zmian, występujących od urodzenia aż do starości i śmierci. Obecny stan nauki może mówić tylko o fizjologicznym bodźcu, który wywołuje na pewien czas w ustroju wzmożone napięcie. Nie ma żadnych danych fizjologicznych, pozwalających przypuszczać, iż w operowanym celem odmłodzenia ustroju zachodzi istotna przebudowa żywego mechanizmu na nowych podstawach. Mamy raczej w rzeczywistości trwonienie ostatnich zapasów po to, aby spotęgować falę bodźców humoralnych, która utrzymuje ustrój zapomocą innych aparatów inkrecyjnych w stanie wzmożonego napięcia. Później dopiero występuje nawrót starości, która według spostrzeżeń Harm'sa,

---

[4]) Przegl. lek. 1904 str. 404, referat H. Piseka.

Steinacha i innych, tak zw. wtórna starość przebiega u zwierząt w stanie mrzenia, przy zupełnym upadku sił i bezwzględnej obojętności do otaczającego świata i łatwo, bez wszelkich okresów przedwstępnych oraz agonji, przechodzi w śmierć. Należy przypuszczać, że podobnie dzieje się i z ludźmi, chociaż właściwych spostrzeżeń jeszcze brak.

Doc. Gorasz w pracy »Praktyczne zastosowanie operacji odmładzania i jej uzasadnienie« daje przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego, w którem zebrał 120 przypadków operacyj na przewodach nasiennych, 256 przypadków przeszczepień gruczołu płciowego u mężczyzn i 76 przypadków przeszczepień gruczołu u kobiet. Z piśmiennictwa rosyjskiego autor zebrał 14 przyp. podwiązania nasieniowodu według Steinach'a i 8 przypadków przeszczepienia gruczołu płciowego u mężczyzny. Pozatem podaje wyniki własnego materjału, składającego się z 158 przypadków operacyj na przewodach nasiennych i 13 przypadków przeszczepień. Autor dochodzi do wniosku, że operacja Steinach'a bezwątpienia wpływa we wszystkich przypadkach na wzmożenie inkrecji w całym ustroju. Operacja wspomniana jest celową i wskazaną w niektórych stanach patologicznych ustroju, a mianowicie 1) przy przedwczesnem postarzeniu się (senium praecox) — z obniżeniem przemiany materji i zdolności do pracy oraz upadkiem energji, 2) przy różnych ciężkich schorzeniach i daleko posuniętem charłactwie jako moment przedwstępny przed radykalnym zabiegiem operacyjnym lub jako pobudzająca metoda lecznicza, wzmagająca siły ustroju, 3) przy schorzeniach kości i stawów, stojących w ścisłej zależności z czynnością gruczołów wewnętrznego wydzielania, 4) przy samoistnej zgorzeli i uporczywych niegojących się wrzodzeniach, 5) przy niektórych postaciach impotencji, 6) przy stanach depresyjnych, 7) przy ciężkiej masturbacji, wpływającej ujemnie na ustrój, 8) przy przeroście sterczu — w okresie początkowym, jako środek leczniczy, w następnych — jako środek zapobiegawczy lub pobudzający i 9) przy fizjologicznej starości. Rozległe wskazania do operacji Steinach-Lichtensterna na nasieniowodach upoważniają według zdania autora do nazwania tej operacji endokrynno-stymulującą, gdyż zastosowanie jej jest szersze niż to wyraża zwykłe pojęcie »odmłodzenia«. Przy zabiegu tym wyzyskuje się siły zapasowe ustroju w celach rekonstrukcji harmonji ustroju, zachwianej albo stopniowem zgrzybieniem w warunkach fizjologicznych albo wskutek wtargnięcia procesu patologicznego. Prócz tego wprowadza się pewną ekonomję przemiany białka, kładąc kres utracie wysoko wyróżniczkowanej substancji, z której składa się sperma, co jest zbawieniem dla ustroju jak np. przy długotrwałej masturbacji. Prof. Woskresienskij dzieli się doświadczeniem i wynikami odmładzania na większych zwierzętach gospodarczych. S. Ejber podaje »Spostrzeżenia nad operacją Steinacha«. S. Wasilewski w artykule »Perspektywy odmładzania« przychodzi do wniosku, że otrzymane wyniki autorów rosyjskich powinny zachęcić nadal do pracy w tym kierunku. Istotna zaś prawda w problemie odmładzania znajduje się obecnie pośrodku pomiędzy entuzjastami pierwszych początków i sceptykami, którzy z ostrożnością odnoszą się do wszystkiego co jest nowem.

W. Janusz (Lwów).

G. Schröder: **Fieber und Fieberbehandlung bei Tuberkulose.** Lipsk. J. A. Barth 1924. Cena Zł. Mk. 1·50.

Praca ta stanowi 16-ty zeszyt bibljoteki p. t. »Tuberkulose-Bibliothek«, wydawanej przez prof. Lydję Rabinowicz, jako dodatek do »Zeitschrift für Tuberkulose«.

Autor, omówiwszy na wstępie w krótkości nowoczesne ogólne teorje gorączki, przechodzi rozmaite zapatrywania na patologję gorączki u gruźliczych i jej przyczyny. Dalej przechodzi przemianę materji, towarzyszącą gorączce gruźliczej, zachowanie się moczu, zachowanie się parcia krwi oraz poszczególnych składników krwi i najnowsze metody określania chwiejności koloidalnej, t. j. wzajemnego stosunku globulin i albuminów, który jest wyrazem aktywności gruźlicy, jak również metody wiązania dopełniacza Besredki i Wassermanna, które mają większe znaczenie w rokowaniu, niż rozpoznawcze. Omawia ogólną symptomatologję, związaną z gorączką gruźliczych, oraz najrozmaitsze typy gorączki gruźliczej, ich pochodzenie i znaczenie. Dalej omawia ważność i technikę różnych sposobów mierzenia gorączki oraz prognostyczne znaczenie różnych jej przebiegów. Autor jest bezwzględnym zwolennikiem energicznego leczenia wszelkiej gorączki u gruźliczych i rozpatruje leczenie jej zabiegami wodoleczniczemi, djetą, zachowaniem się chorego i zmianą klimatu oraz szczegółowo omawia podstawy leczenia środkami farmaceutycznemi, przeciwgorączkowemi, ich działanie pożyteczne i szkodliwe oraz dawkowanie. Przedstawiając poglądy różnych autorów na te leki, zajmuje się on jednak głównie tylko temi środkami, które na podstawie własnego doświadczenia uważa za najskuteczniejsze i najmniej szkodliwe, t. j. omawia pyramidon i jego związek kamforowy, dalej lactofeninę, pigułki Ten Kate Hoedemakera, pigułki phtisopyrinowe, dalej rozmaite kombinacje salicylu z chininą, lactofeniną i piramidonem, chininy z wapnem, tuberkuliny z adrenaliną, wapna z naparstnicą i t. d. Dalej rozpatruje leczenie proteinowe i własne spostrzeżenia nad działaniem deuteroalbumozy, aolanu i novoprotiny, jak również krytycznie omawia spostrzeżenia poczynione z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka oraz z surowicą przeciwpaciorkowcową Menzera w zakażeniu mieszanem, dalej autoseroterapję, leczenie metalami koloidalnemi, miedzią, złotem i krysolganem oraz tuberkuliną, stosowaną podskórnie i naskórnie. Opisuje wpływ sztucznej odmy piersiowej i innych nowoczesnych zabiegów chirurgicznych na gorączkę gruźliczą oraz sposoby leczenia nocnych potów, towarzyszących tej gorączce. W końcu podaje statystykę, obejmującą 5798 przypadków własnych oraz obszerne piśmiennictwo. Prace autorów polskich w tej dziedzinie, a mianowicie Dłuskiego i Sokołowskiego, są uwzględnione.

Pracę tę krótko można scharakteryzować jako bardzo pożyteczny przegląd nowszych zapatrywań na gorączkę u gruźliczych i dobre krytyczne zestawienie leków, oparte na własnych doświadczeniach. Jest to broszura, formatu dużej ósemki, o czterdziestu kilku stronicach, wydana dość drobnym drukiem, bardzo ścisła i pełna treści, bez ogólników i zbytecznych frazesów, z 15-toma krzywemi i 1 tabelą.

Dr. Maksymiljan Blassberg (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Surgery. Gynecology and Obstrtrics.
Tom XXXIX. Z. 1. Lipiec 1924.

K. G. Mekenzie. **O śródoponowem przecięcu n. accessorius spinalis i korzonków trzech górnych szyjnych nerwów dla leczenia Torticollis spastica.** Opisane przez autora cierpienie o charakterze wybitnie przewlekłym, z postępującem stale zaostrzeniem objawów — polegało na występujących w pozycji pionowej, spastycznych bardzo bolesnych skurczach w obrębie prawego mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego i mięśniach głębokich szyji — połączonych z drżeniem — w pozycji leżącej bolesne skurcze ustawały, pozostawało drżenie ze wzmożeniem napięcia mięśni szyji. Cierpienie wystąpiło u chorej 50 cio letniej bez podłoża neuropatycznego.

W przypadku tym wykonano śródoponowe przecięcie części rdzeniowej nerwu XI. oraz wspólnych korzonków trzech górnych prawych nerwów szyjnych. Po operacji wystąpiło porażenie prawego podniebienia i prawej struny głosowej. Powikłanie to ustąpiło w kilku dniach. Poprawa w cierpieniu była zupełna. Do roku skurcze nie powtórzyły się. Prawe mięśnie szyji — mostkowo-sutkowo-obojczykowe i głębsze porażone i silnie atroficzne. *Splenius* częściowo porażony. — Chora oddawała się zajęciom, jak przed cierpieniem. Jedyną rzeczą, która nie ustąpiła, było lekkie drżenie

Przecinanie samych korzonków tylnych 3 górnych nerwów szyjnych, jak to wykonywał Taylor, tylko w pewnej liczbie przypadków dawało poprawę.

Lahey i Hamilton. **O zaburzeniach sercowych przy hypertyreoidyzmie.** Autorzy omawiają wyniki operacyjne w 38 przypadkach ciężkich schorzeń serca na tle hypertyreoidyzmu. Większość chorych przybyła w okresie wybitnej niedomogi, i ustalenie rozpoznania napotykało na trudności. Szereg przypadków, zewnętrznie wyglądających na hypertyreoidyzm, po

dokładnem, kilkakrotnem zbadaniu podstawowej przemiany materji, wykazywało tło inne. Powiększenie tarczycy rzadko pomagało w rozpoznaniu, gdyż w szeregu przypadków tarczyca była nie powiększona, a w niektórych nawet zmniejszona. Przypadki te operowano na podstawie zmian w podstawowej przemianie materji, która po zabiegu wracała do normy. Tarczyce małe były przeważnie twarde i włókniste. Zmiany psychiczne, drżenie i wychudnięcie, zmiany barwikowe nie należą do objawów stałych.

Przygotowanie do zabiegu operacyjnego polegało na dążności do poprawy stanu serca: przez duże i kilkakrotne dawki morfiny, wenesekcję, podawanie tlenu, *digitalis* i pobyt w łóżku do trzech tygodni — zabieg, dla zmniejszenia niebezpieczeństwa wykonywany 2, 3, a nawet 4-o czasowo — polegał na subtotalnej thyreoidektomji.

Śmiertelność pooperacyjna wynosiła 1 na 38 przypadków t. j. 2,6%, mimo, że 14 z tych chorych przed zabiegiem miesiącami całemi nie opuszczało łóżka, 21 było niezdolnych do pracy, a pozostałych 3 pracować mogło tylko okresowo. Co do wyników trwałych, to 6 pozostaje jeszcze w leczeniu, 27 pracuje stale, 1 okresowo *(vit. cord. rheumat.)* 1 kobieta zmarła po 7 miesiącach — o 2 brak wiadomości.

Autorzy sądzą, że stałe zatrucie przy hypertyreoidyzmie może spowodować powstanie rzeczywistej wady serca, co nie wyklucza możności operowania po odpowiedniem przygotowaniu. Subtotalna thyreoidektomja jest jedynym sposobem trwałego wyleczenia cierpienia. Ponieważ jest to jedyna wada serca, która daje się operacyjnie wyleczyć, autorzy radzą przy każdej wadzie serca zwracać uwagę na hypertyreoidyzm.

John H. Lyons. **Linitis plastica.** Na 38 przypadków, w których podczas operacji rozpoznano *Linitis plastica*, 25 badano drobnowidzowo. Z tych w 15 rozpoznano raka drobnokomórkowego, 1 raka galaretowatego, 1 adenocarcinoma, 3. wrzód, 1. lues, 1. gastritis, raz przerost bez zmian drobnowidzowych, w innych zmiany zapalne i łącznotkankowe.

To tłumaczy różnicę zapatrywań na etjologję i różnicę wyników operacyjnych cierpienia. Autor proponuje, by nazwę *Linitis plastica* zatrzymać tylko dla przypadków, w których stwierdzono raka drobnokomórkowego (80% przyp. w statystyce). Przyczyny obwiniane o powodowanie cierpienia, lues, tbc, arterjoskleroza, alkoholizm, choroby serca — zaledwie w 3 przypadkach dały się stwierdzić. Wiek chorych przeciętnie 52 lat, najmłodszy 34, najstarszy 71 lat. Mężczyzn 23, kobiet 10.

Objawy takie same jak przy raku. Czas trwania przeciętny 23 mies. W trzech przypadkach cierpienie rozwinęło się prawdopodobnie na tle wrzodu, gdyż zaburzenia trwały 8, 10 i 15 lat. Po wykluczeniu tych przypadków przeciętnie trwała choroba 10 mies. Wspólne objawy: ból, brak łaknienia, ubytek sił i wagi, odbijania, nudności i wymioty. Stałe uczucie pełności nawet po skąpym posiłku. Raz krwotok. Najczęściej ból po przyjęciu pokarmów zmniejszał się. Brak kwasu solnego należy do reguły: u 22 chorych brak zupełnie, u 8 HCl 6—32.

Cierpienie roentgenologicznie nie daje się odróżnić od Ca i w formach rozległych nie różni się od scirhus. Częste zmniejszenie objętości, brak ruchów robaczkowych. Żołądek macalny, jako twarde ciało w 24 przypadkach na 32. Cierpienie z początku ograniczone obejmuje potem cały żołądek. W jednym prócz żołądka zajęte były i inne trzewia i otrzewna ścienna. Żołądek w dotyku zgrubiały. sztywny, chrząstkowaty, otrzewna nieprzeźroczysta, biała; w początkowych okresach żołądek rozszerzony. Cierpienia najczęściej powstają w odźwierniku — z czasem cały zamienia się wsztywną rurę, najgrubszą przy odźwierniku. Przejście ku części zdrowej powolne. Przerastają wszystkie warstwy ściany żołądka, najsilniej podśluzowa *(Submucosa)*. Gruczoły najczęściej powiększone — owrzodzenia stwierdzono 5 razy. Mikroskopowo, błona śluzowa przeważnie niezmieniona; owrzodzenie powstaje z powodu niedostatecznego ukrwienia przez ucisk nadmiernie rozwiniętej tkanki łącznej w warstwie podśluzowej Mięśniówka przerosła i poprzeplatana pasmami tkanki łącznej — wychodzącemi z podsurowiczej warstwy.

Stałem zjawiskiem we wszystkich warstwach, a najobficiej w podśluzowej, są komórki małe z dużem jądrem, podobne do nabłonkowych — ułożone w najrozmaitszem ugrupowaniu. Komórki podobno spotkać można i w innych rodzajach raka i gruźlicy — obecność ta jednak w ścianie żołądka podejrzanego o *Linitis* — posiada znaczenie rozpoznawcze.

Wyniki operacyjne w tem cierpieniu przedstawiają się nie korzystnie. Na 15 resekcji żołądka — 6 przypadków śmierci. Z 27, którzy przetrwali zabieg — żyje 6.

Frank S. Lynn **Luxatio axillaris erecta.** Autor po przeglądnięciu 28 opisanych w piśmiennictwie przypadków przytacza 3 własne. Warunkiem koniecznym do wywołania tego rodzaju zwichnięcia jest, by ramię znajdowało się w abdukcji w chwili zadziałania nawet niezbyt silnego urazu. We wszystkich przypadkach były znaczne uszkodzenia torebki i mięśni. Uszkodzenia nerwów rzadziej. Repozycja przez pociąganie ramienia ku górze udaje się łatwo. Obrażenie to zdarza się częściej u mężczyzn, równie często dotyczy prawego, jak lewego ramienia.

Fabio Stoccada. **Złamanie środkowej części obojczyka.** Stwierdziwszy na podstawie przeglądu piśmiennictwa, że złamania obojczyka w środkowej części należą do bardzo rzadkich, autor opisuje dwa przypadki złamania, spostrzegane przez siebie u chłopca 6 letniego i mężczyzny 71.

W pierwszym przypadku złamanie powstało wskutek upadku z uderzenia szczytem barku o ziemię. Po 20 dniach istniało w miejscu złamania zgrubienie, i przesuwalność odłamków. Szpara w miejscu złamania ziała ku przodowi. Przypadek ten był leczony operacyjnie z końcowym wynikiem b. dobrym.

W przypadku drugim złamanie powstało w podobny sposób, i leczone było tylko ustaleniem.

Autor rozważając teorje powstawania tego rodzaju uszkodzeń dochodzi na podstawie własnego spostrzegania do wniosku, że złamania te powstają przez zadziałanie siły na przyśrodkowy koniec obojczyka. Najlepsze wyniki daje leczenie operacyjne.

Kapoinow, Engle i Harvey. **Cholecystonephrostomia — nowy sposób wyłączenia dopływu żółci do jelit.** Po rozpatrzeniu dotychczas używanych sposobów celem wyłączenia dopływu żółci do przewodu pokarmowego i przy badaniach teoretycznych na zwierzętach — autor opisuje swój sposób — polegający na wszyciu szczytu woreczka żółciowego w prawą miedniczkę nerkową i na podwiązaniu i przecięciu wspólnego przewodu żółciowego. Zabieg wykonuje dwuczasowo, w pierwszej fazie oddziela i wszywa miedniczkę nerkową w szczyt pęcherzyka, w drugiej podwiązuje i przecina przewód żółciowy. Sposób ten nie nadaje się do badania wydzielanej żółci, a tylko do studjów nad wpływem braku żółci w przewodzie pokarmowym i ma przed innemi sposobami tę wyższość, że nie przychodzi do zakażenia dróg żółciowych, i nie wymaga żadnych zabiegów dalszych dla umożliwienia spostrzegania przez czas dłuższy. Nerka prawa ulega atrofji w bardzo znacznym stopniu — lewa przerasta.

C. G. Heyd. **Hepatitis w związku z cierpieniami pęcherzyka żółciowego.** Autor, zachęcony pracami Stocktona, Grahama i Petermana poddał szereg przypadków, operowanych z powodu cierpień w drogach żółciowych — systematycznemu badaniu funkcjonalnemu, wątroby histologicznemu — skrawków wziętych z wątroby, jak i badaniu krwi i doszedł do następujących wniosków:

1) Hepatitis jest prawie stałym objawem towarzyszącym przewlekłym schorzeniom pęcherzyka i dróg żółciowych.

2) Hepatitis może powstać, jako zmiana pierwotna lub wtórna. Jeżeli jest zmianą pierwotną, infekcja bierze początek w obrębie żyły bramnej i dopiero drogą przewodów chłonnych przychodzi do zakażenia woreczka żółciowego drogą śród i poza wątrobowych naczyń chłonnych.

3) W przeważnej liczbie przypadków hepatitis prawdopodobnie nie daje objawów; czasem może dojść do takich rozmiarów, że przypomina zmiany prowadzące do marskości.

4) Cholecystitis może być wtórna i bez znaczenia dla zmian w wątrobie.

5) Niektóre przypadki po operacji wykazują znacznego stopnia niedomogę wątroby.

6) Na wątrobę, trzustkę, pęcherzyk żółciowy i część żołądkowo dwunastnicową przewodu pokarmowego należy zapatrywać się jako na jeden system fizjologiczny i patologiczny, w którym cierpienia w jednym organie — pociągają za sobą w różnym stopniu zmiany chorobowe w innych — należących do tej grupy.

7) Zmiany zapalne w trzustce towarzyszą często każdemu stanowi zapalnemu w wątrobie lub przewodach żółciowych.

8) W niedomodze czy przy dysfunkcji wątroby dają się stwierdzić wyraźnie zmiany w chemiźmie krwi.

Gruca (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warsz. Czasopismo lek. (miesięcznik) Nr. 6.: Ch. Achard: Ostre zapalenie opon o zakażeniu mieszanem gruźliczo-meningokokowem. — D. Szenkier i N. Mesz: O pyelografji. — St. Klejn: O samoistnem zapaleniu dróg żółciowych. — H. Brokman i M. Prokopowicz: Badania doświadczalne nad istotą choroby posurowiczej. — W. Sterling: O wartości leczniczej przetworów bizmutu w przymiocie. — I. Grundzach: Higjena i leczenie fizyczno-balneologiczne biegunek przewlekłych. — J. Zweibaum: Wrażenia z pracowni histologicznych we Francji. J. Puterman: Kilka słów o naczyniach włosowatych. Metoda badania naczyń włosowatych skórnych na żywym ustroju ludzkim. — St. Klejn: Zapiski lecznicze. — W. Gawłowski: Rola samorządów w wychowaniu fizycznem.

Nr. 7.: M. Landsberg: Patologja i terapja obrzęków w świetle poglądów obecnych. — S. Frank i M. Szour: Metodyka, wyniki i znaczenie kliniczne badań chemiczno-morfologicznych zawartości dwunastnicy. — L. Bregman: Operacja Leriche'a worka przepuklinowego. — I. Fleszler: W sprawie leczenia kiły mieszanką rtęciowo-salwarsanową, według metody Linsera. — M. Biro: Półpasiec a choroby zakaźne. — W. Arkin: Rola ustroju w jaskrze. — Z. Srebrny: Zapiski lecznicze. — St. Skalski: Nauczanie higjeny w szkołach publicznych.

Nr. 8.: St. Klejn: Rola krwi w patologji. — H. Landau i J. Held: O stanach żółtaczkowych. — M. Erlichówna: Przyczynek do patogenezy trombopenji. — H. Czarnocki: Kilka słów w sprawie zbierania i przesyłania materjału do badań anatomo-patologicznych. — H. Landau: Kilka uwag z powodu artykułu drów S. Franka i M. Szoura. — M. Szour: Odpowiedź na kilka uwag dra Landaua. — S. Szerzeniewski: Parę uwag o kombinowanem leczeniu kiły bizmutem, rtęcią i arsenobenzolem. — S. Tenenbaum: Ostra skaza krwotoczna po zastrzyknięciu szczepionki Delbeta. — J. Sattler: Kilka uwag o panującej obecnie epidemji grypy dziecięcej. — S. Popowski: Etjologja krzywicy. — Z. Srebrny: Zapiski lecznicze. — St. Skalski: Nauczanie higjeny w szkołach publicznych (dokoń.).

Lekarz Wojskowy Nr. 7.: K. Kardaszewicz: Kilka wiadomości historyczno-bibljograficznych z przeszłości higjeny. — H. Hirszfeld: Ewakuacja rannych i chorych podczas wojny. — W. Januszkiewicz: Kokainizm w wojsku. — M. Kossakowski: Kokainizm w wojsku. — A. Gruca: Wskazania i wartość lecznicza szczepionki Delbeta na podstawie 150 przypadków. J. Bermański: Specjalizacja lekarzy i leczenie rodzin wojskowych. — J. Zadębowski: W sprawie artykułu J. Bermańskiego.

N. 8.: H. Huszcza: Gruźlica w wojsku polskiem. — G. Szulc: Organizacja higjeny w wojsku. — L. Rosenblum: W sprawie podziału pneumokoków na grupy. — L. Owczarewicz: Rola i zadania pracowni bakterjologicznej W. I. S. podczas pokoju i w czasie wojny. — H. Becker: Działalność i rola pracowni higjenicznej W. I. S. — B. Łada: Wskaźnik odżywiania Pirqueta. — J. Zwierz: W sprawie etjologji epidemji czerwonki w garnizonie Warszawskim w r. 1923 — Fuchs i Jurew: Z badań nad epidemją niewiadomego pochodzenia. — H. Szczodrowski: Przypadek powtórnego zakażenia się kiłą. H. Stanoch: Przypadek symulacji żółtaczki. — H. Maciąg: Pięć lat pracy oddziału wewnętrznego Szpitala Okręgowego Nr. V. w Krakowie.

Archiwum nauk antropologicznych, organ instytutu nauk antropologicznych T. N. W.

Tom I.: Stefan Krukowski: Badania jaskiń pasma Krakowsko-Wieluńskiego w roku 1914. — Roman Jakimowicz; Sprawozdanie z poszukiwań archeologicznych I. (Compte rendu de recherches archéologiques I.). — Edward Loth: Antropomorfologja mięśni. Problematy normalnej budowy człowieka. — Kazimierz Stołyhwo: Poszukiwania prehistoryczne w jaskini Dziewiczej w Łazach w Olkuskiem. — Kazimierz Moszyński: Uwagi o słowiańskiej terminologji topograficznej i fizjograficznej, oparte przeważnie na materjale białorusko-poleskim. — Regina Lilientalowa: Kult ciał niebieskich u starożytnych Hebrajczyków i szczątki tego kultu u współczesnego ludu żydowskiego. — Stanisław Poniatowski: Przyczynek do metody badania izolacji obrzędowej. — Adrjan Demianowski: Wskaźnik główny u umysłowo chorych w Małopolsce. — Louis Dubreuil-Chambardel; A propos du canal transversaire. (W sprawie kanału wyrostków poprzecznych). — Jan Stanisław Bystroń: Uwagi nad dziesięciu pieśniami ludowemi żydów polskich.

Tom II.: Kazimierz Stołyhwo: Prymitywny posąg kamienny z Łuzek na Podlasiu. — Stanisław Poniatowski: Zadanie i przedmiot etnologji. — Leon Kozłowski: Epoka kamienia na wydmach wschodniej części wyżyny małopolskiej.

Tom III.: A. Antropologja. Aleksander Maciesza: Puszczanie Przasnyscy. Przyczynek do charakterystyki antropologicznej Kurpiów.

B. Etnologja. Janina Klawe: Metody i kierunki w etnologji ze stanowiska socjologji.

C. Archeologja. Kazimierz Stołyhwo: Sprawozdanie z poszukiwań przedhistorycznych na Sokolej Skale w Betkowicach.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 9. kwietnia 1924.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 89.

1. Kol. Ciechanowski, dr. Morozowa i dr. Marja Wilhelmi przedstawiają tymczasowy wynik doświadczeń nad **wywoływaniem raka smołowego,** podjętych w tym celu, aby uzyskać do badań wpływu radu na nowotwory, materjał eksperymentalny, napewno wolny od powikłań, częstych w rakach u ludzi. Wobec zupełnie niewystarczającej dotacji Zakładu były te doświadczenia możliwe tylko dzięki zasiłkowi, udzielonemu przez Krakowski Instytut dla Curieterapji. Posługiwano się nieco zmienioną metodą Ishikawy i Bauma, ogłoszoną przed paru miesiącami, a dozwalającą uzyskać rozwój raka w zadziwiająco krótkim czasie. Doświadczenia wykonano na 12 królikach zapomocą smoły pogazowej, nabytej w zwykłym handlu. Połowa królików otrzymywała równocześnie wewnętrznie arsen, co ma według Ishikawy i Bauma, przyspieszać wyniki; nadto w części doświadczeń dołączono jeszcze działanie czynnika termicznego, używając smoły, ogrzanej do 45—50° C. Wyniki dodatnie uzyskano już w ciągu 5 tygodni w 70%. w postaci bądźto guzków, odpowiadających t. zw. okresowi zmian przedrakowych (stade précancereux), bądź nawet, u 2 królików, początkowemu okresowi istotnego raka (przedstawienie preparatów mikroskopowych). Z doświadczeń tych okazało się, że rzeczywiście podawanie arsenu współcześnie z pędzlowaniem smołą przyspiesza rozwój zmian, oraz, że zmiany rozwijają się, wbrew zdaniu wszystkich autorów, a nawet samego Ishikawy i Bauma, równie łatwo u królików rasy białej (polskiej), jak u ciemnych królików japońskich i francuskich. Dalszy wynik doświadczeń będzie w swoim czasie przedstawiony Towarzystwu (autoreferat).

W dyskusji zabierali głos prof. Olbrycht i Ciechanowski.

2. Kol. Jabłoński przedstawia 2 przypadki zaśniadu **groniastego** i omawia postępowanie lecznicze, jakie zostało w obu przypadkach zastosowane. W I-ym przypadku, wobec groźnego stanu chorej, silnie skrwawionej, dokonano odcięcia macicy ponadpochwowo (*amputatio uteri supravaginalis*), w II. przypadku zrobiono skrobankę. Wynik w obu przypadkach dobry. II-i preparat zaśniadu groniastego ciekawy jest ze względu na anatomiczny wygląd. Pod mikroskopem nastawiono preparaty gronek zaśniadu, które nawet niezupełnie uległy rozpuszczeniu.

W dyskusji przemawiali kol. Markowa, Zubrzycki i Frommer.

3. Kol. Kościuszko omawia **dalszy ciąg doświadczeń z przedmuchiwaniem trąbek** metodą Rubina, robionych na oddz. III. ginek. poł. Szpitala Łazarza.

Z 21 przypadków, w których tę metodę stosowano, w żadnym nie przyszło do jakichkolwiek powikłań. Przedmuchiwano trąbki głównie u kobiet, zgłaszających się z powodu bezpłodności po uprzedniem zbadaniu flory szyjki macicy i dokładnem wykluczeniu ostrej sprawy zapalnej. Ciśnienia używano od 150 do 190 mm rtęci. W jednym przypadku przedmuchiwania przy otwartej jamie brzusznej użyto ciśnienia, dochodzącego do 300 mm rtęci bez szkody dla chorej. Tak przypadki własne, jakoteż i z piśmiennictwa zagranicznego zaczerpnięte, odnoszące się do metody Rubina, stwierdzają, że metoda ta jest zupełnie niegroźną i jako metoda rozpoznawcza — polecenia godną, jeżeli nie stosuje się jej w sprawach ostrych, przeprowadzi uprzednie badania flory szyjki macicy i nie przekroczy ciśnienia 190 — 200 mm rtęci.

4. Prof. Szumowski wygłasza odczyt p. t. **„Początek nowożytnego Wydziału lekarskiego w Krakowie"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie naukowe w dniu 30 kwietnia 1924 r.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 94.

1. Kol. Ciechanowski omawia dalsze wyniki doświadczeń prowadzonych przez niego, kol. Morozową i kol. Wil-

helmi **nad wywoływaniem raka smołowego.** Doświadczenia te wskazują na to, że wpływ podawania arsenu przyśpiesza rozwój raka smołowego, natomiast czynniki termiczne (smoła ogrzana) prawdopodobnie nie wywierają żadnego wpływu.

W dyskusji nad pokazami prof. Ciechanowskiego podnosi Wiktor Frommer skłonność do powstawania raka smołowego, wywołaną zapomocą żywienia królika arsenem.

Skłonność ta nie jest przypadkowa i wymaga zastanowienia, zwiaszcza, że przyczyna jej nie jest dotychczas zbadana. Studja nad arsenem dowodzą, że wydziela się on z ustroju, oprócz innych dróg, także przez naskórek, włosy i gruczoły potne. U królika żywionego As już po 14 dniach można arsen wykazać we włosach. Skóra zatem ucha królika, która jest poddaną działaniu smoły i drażnieniu mechanicznemu, wydziela As. Jak już Frommer w swoim wykładzie „o arsenie w ustroju ludzkim i jego znaczeniu dla ciąży", w tem towarzystwie niedawno podniósł, wywołuje As w ustroju schorzenia skóry (dermatozy) rozmaitego rodzaju jak liszaje, krosty, rumień, opryszczki i t. d. Wykwity te skórne tłómaczy się obecnością As w powłokach skóry, zwłaszcza w skórze właściwej i naskórku.

Przez żywienie zatem królika arsenem i wydzielanie się tegoż drogą naskórka i włosów oraz wskutek skłonności do powstawania wymienionych schorzeń skóry — powstaje na uchu królika *locus minoris resistentiae* i tworzy się niejako podłoże do dalszego naruszenia równowagi komórek, czyli owa skłonność do powstawania raka. Skłonność ta przez działanie smoły i drażnienie mechaniczne ułatwia powstawanie raka smołowego.

2. Kol. Siedlecki przedstawia przypadek **ciężkiej niedokrewności, przechodzącej w złośliwą, z wielką śledzioną kiłową** (*splenomegalia luetica chron.*). U chorego 50. letniego z przebytą kiłą wystąpiły objawy ciężkiej niedokrewności, które następnie uległy zmianie dając obraz odpowiadający niedokrwistości złośliwej typu Biermera. Oprócz tego stwierdzono u chorego b. znaczne powiększenie śledziony, której dolny biegun sięga prawie do spojenia łonowego. Ze względu na wiek chorego, długotrwały przebieg choroby i obraz krwi, splenomegalię tę należy zaliczyć do grupy powiększeń tego narządu na tle chron. chorób zakaźnych, a w tym przypadku przebytej kiły.

3. Kol. Kościuszko przedstawia przypadki z III. O. gin. położn.

a) Dwa przypadki **zatrzymania obumarłego** w IV mies. ks. ciąży **jaja płodowego** w macicy, z których jedno, nieźle zachowane, urodziło się w całości po ukończonych 10 miesiącach księżycowych od początku ciąży, drugie zaś musiano usunąć przez wyskrobanie macicy z powodu silnych krwawień w VII mies. ks. ciąży. Płód uległ rozpłynięciu, błony płodowe tworzą pęcherzyk wielkości śliwki, wypełniony jasnym płynem.

b) Przypadek **ciąży podwójnej**, jednej trąbkowej, drugiej wewnątrzmacicznej, gdzie w drugim miesiącu z powodu nadżarcia trąbki przyszło do krwotoku do jamy brzusznej. Ciążę trąbkową usunięto operacyjnie, ciąża wewnątrzmaciczna rozwija się prawidłowo dalej, obecnie znajduje się chora w VI. mies. — W przypadku tym były widoczne dwa ciałka żółte na powierzchni jajników.

c) Przypadek **ciąży $2^1/_2$ miesięcznej, usadowionej w rogu szczątkowym macicy.**

Ciężarny róg szczątkowy usunięto operacyjnie z pozostawieniem macicy.

d) **Jajnik nieco torbielowato zmieniony**, który **uległ skrętowi** w II-im miesiącu ciąży, przy równoczesnem ropnem zapaleniu otrzewnej, z powodu zmian w wyrostku robaczkowym. Wyrostek robaczkowy i jajnik usunięto, jamę brzuszną sączkowano gazą, a ciąża mimo to utrzymała się i rozwija się dalej.

4. Kol. Walter przedstawia a) przypadek **choroby Duhringa** (*Dermatitis herpetiformis Duhring*) z niezwykłą wrażliwością na jod. Cierpienie trwa od 7 miesięcy; w okresie utajenia podany dwukrotnie jodek potasu a 1.0 wywołał typowy nawrót kliniczny cierpienia. Zgodnie z zapatrywaniami Szkoły Krzyształowicza w świeżych pęcherzykach mógł wykazać drogą hodowli na pożywkach Sabourauda obecność paciorkowca, którego Krzyształowicz uważa za czynnik etjologiczny tego schorzenia.

b) Przypadek **kiły trzeciorzędnej** późnej, umiejscowionej na policzku prawym i nosie, obrazem swym przypominający lupoid Boecka i z szeregiem guzków na tułowiu i brzuchu przypominających wejrzeniem swem liszaj otrętwiały (*lichen obtusus*). Odczyn Wassermanna i odczyny tuberkulinowe zupełnie ujemne. Badanie histologiczne również nie rozstrzygnęło z całą pewnością w kierunku kiły. Leczenie przeciwkiłowe (luatol i salwarsan) doprowadziło do zupełnego ustąpienia zmian — po których wessaniu wystąpiły zaniki w skórze.

c) Przypadek **zmiany pierwotnej** u mężczyzny na wardze górnej z zajęciem gruczołów podszczękowych.

5. Kol. Marcyaniek przedstawia a) przypadek **kiły drugorzędnej guzkowej**, o tyle ciekawy, że na szczycie większości guzków umiejscowiły się drobne pęcherzyki ropne (*lues papulopustulosa*), co zdarza się nie tak często a daje gorsze rokowanie, niż czysta postać guzkowa.

b) Przypadek **liszaja czerwonego płaskiego** z siedzibą na kończynach górnych, tułowiu i błonie śluzowej policzka. Charakterystyczny wygląd większości wykwitów (drobniutkie, płaskie, wielooczne guzki o żółtawym połysku), świąd, wreszcie ujemny wynik odczynu Wassermanna pozwoliły ponad wszelką wątpliwość ustalić rozpoznanie a wykluczyć lichen syphiliticus, bo w tym kierunku początkowo nasuwały się pewne podejrzenia.

Sekretarz *Pawlas.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 10 kwietnia 1924.

Przewodniczący kol. Rożkowski zawiadomił o ofierze 100 zł., złożonej przez Jubilata mag. Nowaka na rzecz bibljoteki Tow. lekarskiego.

1. Kol. Batawia pokazał: 1) chorego **na gruźlicę krtani**, operowanego w styczniu b. r. (galwanokauter). Stan pomyślny, zagojenie; zaleca ten sposób leczenia tam, gdzie płuca są w dobrym stanie. 2) 16-letniego chorego z ozaeną, leczonego sposobem chirurgicznym. Kol. Batawia przeszczepił pod błonę śluzową przegrody nosowej po obu stronach chrząstki z przegrody nosowej cielęcia. Jamy nosowe po obu stronach zostały wybitnie zwężone; przegroda dotyka obu muszli średnich, nie ma strupów, ani smrodliwego zapachu z nosa. Ten sposób leczenia pokazywano na Zjeździe laryngologów w Paryżu i na ostatnim Zjeździe laryngologów polskich w Warszawie.

2. Kol. Rożkowski omówił przypadek **olbrzymiego nowotworu śródpiersia** u 50-letniego mężczyzny, rozpoznawany początkowo jako tętniak tętnicy głównej. Obraz rentgenologiczny zdawał się potwierdzać to rozpoznanie; odczyn Wassermanna ++++. Leczenie swoiste bez wyniku; wyniszczenie postępowało. Powołując się na ten przypadek, kol. Rożkowski zaleca ogledność w tłumaczeniu obrazów radjograficznych i w ocenie dodatniego odczynu Wassermanna.

3. Kol. Okuszko odczytał: **Sprawozdanie z działalności pow. Kasy chorych w Częstochowie** za pierwszy rok istnienia (od 1. I.1923 do 1. I. 1924 r.). W zakończeniu sprawozdania kol. Okuszko zgłosił do dyskusji dwie sprawy: 1) Sprawę organizacji leczenia gruźlicy płuc w Kasie chorych oraz 2) sprawę braku szpitali dla umieszczania umysłowo chorych.

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 maja 1924 r.

1. Kol. Rożkowski pokazał i omówił przypadek **parkinsonizmu**, w którym każdorazowe **wstrzyknięcie skopolaminy** (0,001) sprowadzało **wybitną poprawę**, trwającą około 6 godzin. Dawek większych chora nie znosiła.

Kol Batawia komunikuje swój przypadek szpitalny parkinsonizmu, gdzie leczenie skopolaminą poprawiło ciężki stan chorego, ale wyleczenia nie dało się osiągnąć.

2. **Dyskusja** w sprawie **zapobiegania i leczenia gruźlicy w Kasie chorych** (z powodu sprawozdania rocznego kol. Okuszki).

Przyjęto wnioski 1) Zaleca się przedewszystkiem opiekę nad dziećmi w postaci instytucji »Kropli mleka« oraz kolonij letnich. 2) Dla leczenia chorych uleczalnych zaleca się porozumienie z jakimkolwiek szpitalem w celu stworzenia oddziału dla leczenia gruźlików odmą sztuczną (potrzebny oddział co najmniej o 30 łóżkach). 3) Potrzebny jest dom izolacyjny dla chorych z gruźlicą rozpadową i nieuleczalnych oraz 4) zaleca się popularyzowanie wiedzy o gruźlicy zapomocą odczytów, pogadanek itp. środków.

3. Kol. Bram pokazał szereg **radjogramów** z własnej pracowni.

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2. kwietnia 1924.

1. Kol. Manteufel przedstawia mężczyznę z (*luxatio centralis*) **środkowem zwichnięciem prawego biodra.** Prawa kończyna krótsza o 4 cm jest skręcona nazewnątrz, staw biodrowy nieruchomy. Roentgenogram wykazuje stare złamanie kości siedzeniowej miednicy oraz złamanie panewki. Chory przed 2 laty spadł z wysokości kilku metrów na prawe biodro, noga bolała go przez tydzień, poczem przez 2 lata pracował bez wszelkich dolegliwości. Następnie kol. Manteufel przedstawia szereg zdjęć Roentgenowskich, wykazujących złamanie panewki.

2. Kol. Frenkel pokazuje a) mężczyznę, z **guzem w tylnej jamie czaszkowej**, który od kilku lat cierpi na silne bóle głowy i postępujące osłabienia wzroku. Po trepanacji kości potylicowej na znacznej przestrzeni bez otwierania opony twardej nastąpiła znaczna poprawa: bóle głowy ustąpiły, wzrok lepszy, chory chodzi zupełnie dobrze; b) młodego człowieka z **oczopląsem i przeczącemi ruchami głowy** (*spasmus nutans*).

3 Kol. Kantor pokazuje operowany przypadek **nogi szpotawej** ze znacznym zanikiem mięśni grupy strzałkowej oraz ich pobudliwości. Operacja polegała na przecięciu ścięgna Achillesa i podeszwowego stopy, gwałtownem wyprostowaniu stopy i przymocowaniem pasma powięzi, wziętej z powięzi szerokiej tejże nogi, do V. kości śródstopia, jako pętli, idącej przez całą przednią powierzchnię stopy w tył do górnej części przeciętego ścięgna Achillesa. Wynik jest bardzo dobry.

4. Kol. Najmark pokazuje mężczyznę z **czyrakami karku** leczonemi z dobrym skutkiem **autohemoterapją** miejscową.

5. Kol. Grosglik wygłasza odczyt: **„Przypadek Lymphadenitis aleukemica cutis“**. Rzecz przeznaczona do druku.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 kwietnia 1924.

1. Kol. Kantor pokazuje chorą 32 lat z **zniekształceniem piersi na tle mięsaka,** które wystąpiło w 2 tygodnie po porodzie. Lewa pierś jest znacznie powiększona, składa się z guzów rozmaitej wielkości, twardej spoistości, niejednakowych postaci; w górnej części sutka 2 guzy, wielkości orzecha włoskiego, wykazujące chełbotanie. Duży gruczoł pod lewą pachą, małe twarde gruczoły wzdłuż m. *sterno-cleido-mastoidei.* Nakłucie jednego gruczołu wykazało krew. S = 1 godzina 15 minut. Obraz krwi mikroskopowo — prawidłowy. Rozpoznano: **mięsaka sutka.**

2. Kol. Grosglik wygłosił pierwszą część odczytu: **„Roengenoterapja głęboka: podstawy i wyniki“**. Omówiwszy pokrótce różnice, zachodzące między dawnemi a nowoczesnemi aparatami o wysokiem napięciu oraz fizyką dawnych i nowych lamp, mówca rozważa po kolei znaczenie absorbcji, rozsianego światła i prawa kwadratu odległości; następnie przechodzi do tak zwanej procentualnej dawki głębokiej i podaje sposób jej określenia praktycznego. W dalszym ciągu daje obraz nowoczesnej techniki głębokoterapeutycznej i przytacza system biologiczny oznaczania dawek, wprowadzony przez Seitza i Wintza. W końcu mówca omawia biologiczne działanie promieni Roentgena.

Posiedzenie naukowe w dniu 7. maja 1924.

1. Kol. Grosglik pokazuje dwa przypadki **raka skóry;** jeden przypadek **raka krtani** i dwa przypadki **gruźlicy kości i stawów**, leczone z bardzo dobrym wynikiem głębokiemi naświetlaniami Roentgenem.

2. Kol. Kantor przedstawia chorego 42 lat, który przed 3 tygodniami został pochwycony przez pas transmisyjny i uległ **złamaniu prawego ósmego żebra z krwioplucіem** oraz **rozległą odmą podskórną, złamaniu lewego wyrostka poprzecznego** ostatniego **kręgu lędźwiowego**, oraz złamaniu kości krzyżowej tuż obok spojenia krzyżowo-biodrowego z przesunięciem całego stawu ku wewnątrz. W rezultacie niedowład lewej dolnej kończyny i zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Po 18 dniowem stosowaniu leczenia ortopedycznego znikły wszystkie objawy.

3. Kol. Grosglik wygłasza II. część odczytu: **„Roentgenoterapja głęboka: podstawy i wyniki“.**

Mówca przytacza szereg dobrze ustalonych wskazań do głębokiej terapji, metodą naświetlania i dawkowania, zaznaczając różnicę między niemiecką i francuską i przyznając obu równie dobre wyniki, przynajmniej w ginekologji. Wspomniawszy o leczeniu naświetlaniem astmy oskrzelowej i angina pectoris oraz poddawszy szerszemu nieco omówieniu leczenia wszelkich postaci gruźlicy wewnętrznej i chirurgicznej, mówca resztę odczytu poświęca wynikom dotychczasowym głębokiej terapji raka. Najlepsze wyniki dają raki skóry, gorsze są wyniki przy raku wargi, najgorsze w przypadkach raka narządów wewnętrznych za wyjątkiem szyjki macicy.

Również złe są wyniki przy raku sutki. Naświetlanie pooperacyjne nie poprawia widoków powodzenia operacyjnego, raczej je pogarsza. Naświetlanie pooperacyjne, zwłaszcza przypadków na pozór nie nadających się już do operacji, niejednokrotnie prowadziło do pomyślnych rezultatów. Raki, nie nadające się do operacji, bezwzględnie należy naświetlać.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Garewicz i Sterling.

4. Kol. Boemer przedstawia preparat **jelita cienkiego z licznemi owrzodzeniami gruźliczemi,** perforowanemi w kilku miejscach.

5. Kol. Załęski podaje kilka **prób laboratoryjnych,** używanych przy **analizie moczu,** pozwalających odróżnić białko Bence-Jonsa od białka normalnego.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 6. maja 1924.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Kol. prof. A. Gluziński: **Pokaz dziewczynki z radiculitis luetica.**

2. Kol. L. Paszkiewicz wygłosił rzecz pt.: **Anatomja patologiczna kamicy żółciowej.**

3. Kol. A. Elektrowicz wygłosił wykład p. t: **Radjologja kamicy żółciowej.**

Posiedzenie kliniczne w dniu 27 maja 1924.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Kol. Leśniowski wygłosił rzecz pt. **Kamica żółciowa ze stanowiska chirurga.** Prelegent przedstawił najpierw w krótkim zarysie zmiany anatomo-patologiczne w przebiegu kamicy, z których widać, jak sprawa zrazu zupełnie niewinna, powoli może stawać się coraz bardziej powikłaną, coraz groźniejszą, coraz bardziej niebezpieczną dla organizmu. Mieszcząc się najpierw tylko w pęcherzyku żółciowym, powoli może ogarniać cały organ żółciowy, oraz narządy sąsiednie, narządy mniej lub więcej odległe. Nie zatrzymując się bliżej nad obrazem klinicznym, L. podnosi tylko, że trwanie choroby jest niezbitym dowodem niemożności samoistnego wydalania się kamienia. Posiadamy obecnie możność wczesnego rozpoznawania ujawniającej się kamicy, która pozornie jest chorobą niewinną, w rzeczywistości często wielce niebezpieczną. Doświadczenie wykazuje, że kamica, leczona środkami wewnętrznemi, daje 10—15% śmiertelności. Na drodze operacyjnej posiadamy możność otrzymania lepszych wyników leczenia kamicy, albowiem tu usuwamy z ustroju ognisko chorobowe i w ten sposób przerywamy dalsze rozwijanie się choroby. Ogólna śmiertelność wynosi wprawdzie w przecięciu 7—10%, lecz może być zmniejszona znakomicie, zależnie od szeregu warunków, mianowicie od doświadczenia chirurga, od tego, na jakim narządzie wykonywamy operację, od tego, czy operowany narząd jest, czy nie jest zakażony. Wszystko to zaś zależne jest od okresu, w którym operujemy: im wcześniej, tem niebezpieczeństwo jest mniejsze. O ile operacja w przypadkach późnych ze względu na wielkie trudności powoduje wysoką śmiertelność, na zakażonym przewodzie wspólnym 50—78%, operacje we wczesnym okresie wykonywane na pęcherzyku żółciowym mają 1—2% śmiertelności. O ile zestawimy 10—15% śmiertelności wskutek kamicy, leczonej środkami wewnętrznemi, z 7—10% śmiertelności po operacjach późnych i 1—2% po operacjach wczesnych, nie będziemy się ociągali z kwalifikowaniem chorych na kamicę żółciową do wczesnego leczenia operacyjnego. U nas w Polsce sprawa leczenia operacyjnego kamicy żółciowej jest w tyle w porównaniu z innemi krajami: wobec 200.000 chorych na kamicę u nas operuje się zaledwie niecałe 1.000 rocznie, co dowodzi, że są operowane wyłącznie przypadki zapóźnione, nie dziw, że takie wyniki nie zawsze są pomyślne. Operujmy w swoim czasie, a wyniki będą zupełnie inne.

2. Kol. A. Landau i J. Held wygłosili wykład pt. a) **O stanach żółtaczkowych;** b) **O stanach chorobowych z hipobilirubinemją.**

Dyskusję nad odczytami postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

Posiedzenie kliniczne w dniu 20 maja 1924.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

Prezes zawiadamia zebranych o śmierci członka czynnego Twa Śp. Leona Kazimierza Ostaszewskiego, zmarłego w dniu 17 maja 1924 r., i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

Sekretarz Stały A. Gluziński odczytał życiorys zmarłego śp. Leona Ostaszewskiego.

Bibljotekarz Zwejgbaum podaje do wiadomości, że Towarzystwo nabyło dla swej bibljoteki drogą wymiany z Bibljoteki Wojskowej Służby Sanitarnej 12 dzieł angielskich z dziedziny dentystyki, chirurgji i wojskowej służby sanitarnej Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Kol. Wł. Janowski wygłosił wykład pt. **Kamica żółciowa ze stanowiska kliniki wewnętrznej.**

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Posiedzenie kliniczne w dniu 17. czerwca 1924.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

I. Kol. Semerau-Siemianowski wygłasza wykład p. t. **Wpływ naświetlania śledziony na krew, w szczególności na krzepliwość** (przeznaczone do druku).

II. Kol. Zd. Gorecki wygłasza wykład p. t. **Parę uwag nad mechanizmem powstawania płynów w jamach surowiczych.** Mówca nawiązuje do badań własnych przedstawionych w Warsz. Tow. lek. d. 2. X. 1923 i nadal przeprowadzanych. G. przedstawia obecne poglądy na powstawanie chłonki w przestrzeniach międzytkankowych i jamach surowiczych w świetle poglądów chemji fizykalnej w uwzględnieniu teorji Heidenheina i Ludwiga. Skład chemiczny płynów jam surowiczych od hydremicznych aż do zapalnych różni się jedynie ilościowo a nie jakościowo, skład chłonki jest zupełnie podobny. Mówca omawia warunki w stanach prawidłowych oraz w stanach patologicznych, które wpływają na stan przyrody koloidalnej, jaką jest błona surowicza i ściany naczyń. Przedstawia następnie zmiany fizykalno-chemiczne jakim podlega błona surowicza, a w szczególności przechodzenie koloidów ze stanu „gel“ w stan „sol“, za czem idzie wzmożona przepuszczalność dla ciał o drobinie większej. Następnie mówca opisuje odpływ chłonki i płynów jam surowiczych, opierając się na rozległych badaniach szeregu autorów, którzy wykazali odpływ ciał wielkodrobinowych drogami chłonnemi, a odpływ ciał drobnocząsteczkowych — drogami krwionośnemi. Przyczynę powstawania płynów mówca widzi: 1) w tworzeniu się produktów drobnocząsteczkowych w błonach surowiczych, dysjonji, wahaniach stężenia H' i to pod wpływem czynnika chorobotwórczego; 2) w zmianach fizykalno-chemicznych ścian naczyń oraz surowicówki; 3) w warunkach odpływu płynu drogami krwi lub chłonki. Zmiana w nasileniu tych trzech czynników warunkuje wahania w składzie ilościowym poszczególnych składników o cząsteczce większej w płynach. G. w pracach poprzednich i teraz podnosi względną częstość płynów mieszanych i przejściowych, które łączą przesięki z wysiękami. Omawia ich pochodzenie i podkreśla zmiany nieżytowe, oraz tło drobnoustrojowe tych zmian w narządach leżących bezpośrednio obok surowicówki, która jeszcze zawiera płyn początkowo czysto przesiękowy, przechodzący w przejściowy płyn, a następnie nawet zapalny. Mówca skłania się do przyjęcia procesu djalizy o różnem nasileniu, jako mechanizmu powstawania wszystkich płynów w jamach surowiczych.

W dyskusji kol. prof. K. Rzętkowski podkreśla, że przesięk i wysięk są to dwie zupełnie inne sprawy; skład chemiczny każdego z nich jest inny co do ilości składników chemicznych, każdy z nich ma również inny cel. Przejściowe płyny nie istnieją. Badając płyny przy marskości wątroby, stwierdzał on w niektórych z nich znaczne ilości białka, jak w płynach wysiękowych, a to wskutek tego, że na otrzewnej bardzo łatwo przyjmuje się gruźlica, która w tych razach wywołuje płyny mieszane. Swojem przemówieniem mówca nie przekonał nikogo, że mechanizm powstawania przesięków i wysięków jest jednakowy, nie przytoczył na dowód tego żadnych faktycznych danych. Rzecz ta nie przedstawia się tak prosto, należy uwzględniać fakty rzeczywiste zebrane w klinice.

Kol. prof. Gluziński zgadza się z przedmówcą, że każdy klinicysta musi stać na tem stanowisku, że różnica pomiędzy przesiękami, a wysiękami być musi, chodzi w danym razie o mechanizm powstawania tych płynów. Dalsze badania wykażą, czy mechanizm powstawania okaże się jednakowym, pomimo, iż są inne zadania i inny cel każdego z tych płynów. Rzecz przedstawiona przez mówcę jest skreślona teoretycznie na podstawie licznych badań, które będą ogłoszone.

Kol. Gorecki w odpowiedzi zaznacza, że badania jego opierają się na przeszło 70 przypadkach płynów, w których dokonano oznaczeń kwasów tłuszczowych, cholesteryny, białka (globulin, albumin) soli, cukru, prób Sochańskiego i Rivalty. Prof. Rzętkowskiemu mówca odpowiada, że wprawdzie trudno dziś ogarnąć i ocenić doniosłość praw, które chemja fizykalna wniosła do medycyny, nie mniej nauka ta ustaliła szereg faktów niezbitych, tłomaczących zagadki dotychczas nierozwiązane. Pewne luki, niewątpliwie istniejące, nie powinny być powodem do odrzucenia całości, ale pobudką do dalszej pracy.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Polskie Towarzystwo Anatomiczne.

Posiedzenie naukowe w dniu 17. marca 1924 r.

Przewodniczący: E. Loth.

I. Pokazy: 1) St. Trojanowski. **Przedstawienie trzech odmian mięśnia dwugłowego ramienia z nadliczbową głową trzecią.**

2) B. Gontarski. **Przedstawienie 3 odmian nadliczbowych prostowników krótkich palców ręki.**

II. Komunikaty: J. Zweibaum: **Analiza histofizjologiczna nabłonka rzęskowego in vitro.** Autor przedstawia wynik swoich badań nad hodowlą nabłonka rzęskowego i fragmentów 1 mm^3 skrzeli Anodonty w zmodyfikowanym płynie Ringera. Doświadczenia wykazały, że przy *optimum* ciśnienia osmotycznego płynu bez otrzymania pokarmu nabłonek może żyć do dni 63. W hodowlach nabłonek rzęskowy przyjmuje postać sfery lub owoidu zamkniętego, stając się do pewnego stopnia osobnikiem biologicznym samowystarczalnym. Zjawiska histologiczne, zachodzące przy powstawaniu sfer, autor sprowadza do objawów zabliźnienia się ran. W tym czasie, jak również i nieco później (do dnia 11), występują w komórkach nabłonka liczne figury podziału o typie amitotycznym, mitotycznym i pseudo-amitotycznym. Histochemicznie komórki nabłonkowe nie posiadały odżywczych materjałów zapasowych. Występowały jedynie ziarnistości białkowe. Sfery nabłonkowe żyły więc przez dłuższy czas kosztem komórek centralnych, ulegających autolizie, oraz limfocytów o ziarnistościach tłuszczowo-białkowych. Wszystkie te elementy były zużytkowane przez sfery nabłonkowe bardzo oględnie i w komórkach przez dni 30—35 żadne zmiany wsteczne nie występowały a procesy utleniania utrzymywały się na jednakowym poziomie. Dopiero po dniach 40—45 rozpoczynało się zmniejszenie procesów utleniania, nagromadzenie tłuszczu i występowało wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe. Tłuszcz pochodził najprawdopodobniej z ciał białkowych komórek, gdyż zarówno środowisko, jak i komórki w hodowlach, przedtem nie posiadały ani tłuszczu, ani węglowodanów zapasowych.

Komunikat był objaśniony projekcjami licznych rycin i pokazami hodowli nabłonka *in vitro.*

W dyskusji ożywionej zabierali głos: M. Konopacki, E. Loth, Z. Zakolska i Cz. Jastrzębski.

Posiedzenie naukowe w dniu 2. czerwca 1924. r.

Przewodniczący: E. Loth.

I. Sprawy bieżące. Przed porządkiem dziennym zabrał głos przewodniczący i zaproponował obranie zastępcy sekretarza, ponieważ dotychczasowy sekretarz Towarzystwa R. Poplewski zachorował i przez czas dłuższy nie będzie mógł pełnić obowiązków sekretarskich. Na zastępcę został wybrany Cz. Jastrzębski.

II. Pokazy. Cz. Jastrzębski przedstawił: 1) 3. przypadki **odmiany zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej** (o 2, 4 i 5 płatkach).

2) Pięć przypadków **zanikania zastawki prawej żyły próżnej** dolnej i 4 przypadki (z 10 zebranych na materjale sekcyjnym) **wrodzonych otworów w płatkach zastawki trójdzielnej.**

Otwory te są mało znane i w piśmiennictwie podano tylko 4 przypadki bez objaśnienia przyczyn powstania. Autor, posiadając materjał większy, stwierdził, że otwory powstają tylko w 3. miejscach: pośrodku płata przedniego lub tylnego albo na granicy między płatkami przyśrodkowym i tylnym. Otwory te, prawdopodobnie, powstają wskutek niezupełnego zrastania się poduszeczek wsierdzia i są ściśle związane ze zmiennością postaci za stawki trójdzielnej.

W dyskusji zabierali głos: M. Konopacki, E. Loth i Z. Górecki.

III. Komunikaty: 1) P. Słonimski (komunikat opracowany wspólnie z Z. Góreckim) **„Barwienie krwi za pomocą Sudanu III".**

Niedostateczne poznanie spraw, związanych z barwieniem się ciał tłuszczowych i tłuszczowatych we krwi skłoniło autorów do podjęcia poszukiwań w tym kierunku. Z pośród barwików, używanych w hematologji, G. i S. zwrócili uwagę na grupę monochinowych związków obojętnych (Sudan III, Scharlach R), jako ogólnie uznanych za najbardziej wybiórcze pod tym względem. Otrzymany obraz krwi, przy użyciu metody barwienia, podanej na innem miejscu*), przedstawiał się następująco: 1) krwinki żółtawo-czerwone, 2) limfocyty, monocyty i komórki tuczne niezabarwione sudanem, 3) k. obojętnochłonne wykazują (przy zastosowaniu wyższej ciepłoty) obecność małych ziarenek czerwonych. 4) krwinki eozynochłonne posiadają wybitne zabarwienie swych ziarników na tle plazmy słabiej (żółtawo) zabarwionej.

W celu zbadania przyrody ciał, barwiących się w tych warunkach sudanem lub szkarłatem R. poddawano preparaty działaniu szeregu odczynników organicznych (alkohol, xylol, chloroform, eter etc.). Okazało się, iż nawet jednodniowy wyciąg alk. abs. + xylol nie pozbawia krwi zdolności barwienia się Sudanem. Fakty powyższe mogą być wytłumaczone innym charakterem procesu barwienia, aniżeli przyjęty dla barwienia tłuszczów. Istnienie więc ciał o pewnej wybiórczości (sudanofilji) w elementach upostaciowanych krwi nie może rozstrzygać o ich charakterze tłuszczowym lub tłuszczowatym. Metodą powyższą mogą być również stwierdzone kuleczki tłuszczu (osady pochodzenia mechanicznego etc.) — te jednak znikają pod wpływem alkoholu oraz innych rozpuszczalników organicznych.

W dyskusji zabierali głos: J. Zweibaum i Z. Górecki.

2. J. Grzybowski. **„Teorja Jakobshagena a taśmy mięsne na wyrostku robaczkowym"** (Praca w druku).

3. M. Orłowski. **„O pochodzeniu jaj w jądrze żaby".**

Autor opisuje rzadki przypadek, w którym znalazł w jądrze żaby dorosłej twory łudząco podobne do jaj żabich; szczegółowe zbadanie tych tworów wykazało, że powstają one przez zlewanie się jąder podzielonych mitotycznie i dochodzą do wielkości 200μ. Spostrzeganie potwierdza teorję Levy'ego, który dokładnie zbadał ich histogenezę.

W dyskusji zabierał głos M. Konopacki.

Liczne pokazy preparatów mikroskopowych oraz projekcje rysunków na ekranie objaśniły wygłoszone komunikaty.

Sekretarz: *C. Jastrzębski.*

Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne

Posiedzenie naukowe w dniu 24. kwietnia 1924 r.

Przewodniczył kol. Guranowski.

1. Hertz Włodzimierz: Przypadek **raka krtani.**

2. Kmita: przypadek **plastycznego uzupełnienia nosa przez przeszczepienie płata skóry z ramienia.** Płat przyrósł dobrze do brzegów defektu nosa i obecnie ma służyć do dalszych zabiegów operacyjnych.

3. Karbowski. **Przypadek toczniowej postaci gruźlicy ucha środkowego i przewodu zewnętrznego.** Cierpienie rozpoczęło się od uczucia pełności w uchu i osłabienia słuchu. W okresie tym błona miała odcień niebieskawy. Obecnie naciekanie obejmuje błonę bębenkową i przewód zewnętrzny. Błona bębenkowa prawie niewidoczna. Słuch w ciągu 3 tygodni z 6 metrów osłabł do 2 metrów na szept. Z wywiadów wynika, że chory tej zimy przechodził wysiękowe zapalenie opłucnej. Obecnie chory ma stale podwyższoną ciepłotę.

Dyskusja: Dobrowolski. 2. metry szeptu przemawia za tem, że w uchu środkowem zmiany są nieznaczne, lub też niema żadnych. Przypadek robi wrażenie rozlanego zapalenia ucha środkowego. Czarnecki. Słuch w tej chwili wykazuje znaczne osłabienie — szept u małżowiny. Z powodu silnego zwężenia przewodu trudno sobie wytworzyć pojęcie o zmianach w uchu środkowem. Guranowski. Na zasadzie obrazu otoskopowego trudno jest rozpoznawać gruźlicę ucha. Wobec wywiadów rozpoznanie kol. Karbowskiego staje się prawdopodobnem i przypadek wymaga obserwacji. Karbowski. W uchu środkowem są zmiany daleko posunięte, o czem świadczy osłabienie słuchu. Za rozpoznaniem postaci toczniowej gruźlicy ucha przemawiają wywiady i przebieg cierpienia.

Posiedzenie naukowe w dniu 22. kwietnia 1924 r.

Przewodniczący kol. L. Guranowski.

1. Sinołęcki pokazał **przyrząd, ułatwiający chorym stosowanie leczenia miejscowego światłem słonecznem.** Ten prosty przyrząd składa się z opaski na czoło z zawiasą, do której przymocowany jest pręt drewniany. Osadzone na nim lekkie płaskie

---

*) Z. Górecki. Gaz. Lek. 1924, Nr. 20—21.

lusterko pozwala oglądać wnętrze krtani, a czworokątna umbrelka osłania oczy chorego. Przyrząd ten jest pomysłu Jacbnikowskiego z Wiednia.

2. Kmita. Pokaz chorego z **plastyczną operacją nosa po drugim zabiegu.** Sekretarz *Karbowski.*

Sprawy zawodowe.

Zjazd medycyny i farmacji wojskowej w Paryżu 1925.

Komitet organizacyjny III. zjazdu medycyny i farmacji wojskowej w Paryżu w kwietniu r. 1925. prosi o zorganizowanie w krajach sprzymierzonych komitetu propagandy dlaześrodkowania wszelkich spraw związanych z uczestnictwem w zjeździe i zorganizowaniem wyjazdu poszczególnych członków lub zbiorowej wycieczki.

Program prac zjazdu i szczegóły uczestnictwa podaje »Presse médicale« z dnia 3. VIII. 1924.

Ponieważ na III. zjeździe Polska występuje po raz pierwszy oficjalnie, jako główny referent poruczonego do opracowania tematu p. t. Metody poboru rekruta" (ze szczególnem uwzględnieniem metod wykrycia gruźlicy u poborowych) zwróciło się Ministerstwo spr. w. w Warszawie do interesowanych władz lekarskich, z uprzejmą prośbą o przyjęcie godności członków komitetu propagandy.

W skład komitetu ze strony lekarzy wojskowych armji czynnej wejdą Szef Departamentu VIII. Sanitarnego, Szef Wojskowego Instytutu Sanitarnego oraz jeden z referentów Departamentu VIII. Sanitarnego.

Oficerowie korpusu sanitarnego są wezwani do opracowania swych wniosków (badań, spostrzeżeń) na podany temat. Wyznaczona komisja zajmie się z dniem 1 grudnia 1924 r. przepracowaniem nadesłanego materjału dla zredagowania jednego referatu na zjazd.

Ministerstwo uprasza o zainteresowanie wszystkich lekarzy podanym tematem i prosi ich o ewentualną współpracę, jak również podaje, że zamierzona jest wspólna wycieczka na Zjazd z Polski, na warunkach podanych w wymienionym numerze „Presse médicale" oraz na uzyskanych się uczestników zjazdu w odpowiedniej liczbie. Zgłoszenia, na razie nieobowiązujące, przyjmuje ppułk. dr. Zakliński — Warszawa — Szpital Ujazdowski.

W razie napłynięcia w krótkim czasie zgłoszeń, zostaną wszczęte starania o uzyskanie udogodnień wyjazdu na okres 3 tygodniowy i podane zostaną koszta wycieczki z obowiązującym dla uczestników terminem zgłoszeń i nadsyłaniem zaliczek. Dla oficerów korpusu sanitarnego służby czynnej szczegółowe wiadomości o zamierzeniach wycieczki podawać będzie „Lekarz Wojskowy" i „Polska Zbrojna".

Władze i instytucje lekarskie, leżące poza Warszawą, mogą zwracać się w sprawach zjazdu do Szefów Sanitarnych poszczególnych Okręgów Korpusowych

Kalendarz zjazdów zagranicznych.

We Francji odbędą się w najbliższych miesiącach następujące naukowe zjazdy lekarskie:

Kongres chirurgów — w Paryżu, dnia 6—11 października 1924 r. pod przewodnictwem prof. Tuffier. Tematy zjazdowe: złamania kończyn dolnych oraz oddalone wyniki leczenia tychże (Dujarier, Imbert); wskazania do leczenia chirurgicznego włókniaków macicy (Lubey, Tixier); przed i pooperacyjne leczenie chirurgiczne przewodu pokarmowego (Lambert, Lardennois).

Kongres stomatologów — w Paryżu, dnia 20—25 października 1924 r. Program zjazdowy: próchnica zębów (Irard); leczenie miejscowych zakażeń; leczenie ropotoku.

Kongres oto-rhino-laryngologów — w Paryżu, dnia 15—18 października 1924 r. pod przewodnictwem prof. Jacques (Nancy).

W Anglji: Zjazd Międzynarodowy poświęcony radjologji odbędzie się w lecie 1925 w Londynie — zamierzony termin 30 czerwca. Zjazd ma trwać cztery dni. Adres zgłoszenia udziału w Zjeździe: Institut britannique de Radiologie. 32 Wellbeck—Street. London W. I. Secrétaire du Congrès international du Radiologie.

W sprawie nowelizacji Ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Opinja Izby lekarskiej lwowskiej.

Zarząd Lwowskiej Izby Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 17 września 1924. postanowił przedłożyć Naczelnej Izbie Lekarskiej następujące uwagi krytyczne w sprawie projektu noweli ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (z dnia 19. maja 1920. DZURP 44 poz. 272).

Na wstępie Zarząd Izby zaznacza, że pozostaje na stanowisku memorjału swego, dotyczącego stosunku Kas Chorych do lekarzy, ogłoszonego w Pol. Gaz lek. Nr. 31. z 3. VIII. 1924. str. 426.

W szczególności odnośnie do poszczególnych artykułów proponowanej ustawy zmieniającej, to przedewszystkiem górna granica dochodu, podana w art. 3. w wysokości 750 zł miesięcznie, jest tak bardzo wygórowana, że nietylko wypacza zasadnicze pojęcie zadania Kas chorych, mających umożliwić bezpłatną pomoc leczniczą warstwom ekonomicznie słabym, lecz także grozi wprost zupełną ruiną gospodarczą całemu stanowi lekarskiemu. Siedemset pięćdziesiąt złotych miesięcznie stanowi dochód osób najzamożniejszych w społeczeństwie, nielicznej grupy osób uposażonych finansowo korzystnie, stanowi dochód, przewyższający dochody miesięczne wielu lekarzy. Niezrozumiałem więc jest, dlaczego ustawodawca, proponujący nowelizację ustawy, podał tę niezwykle wysoką granicę wyższą. Zarząd Izby jest zdania, że za górną granicę dochodu osób uprawnionych do korzystania z ubezpieczenia należy przyjąć 200 zł. (dwieście złotych); kwota ta stanowi granicę pomiędzy warstwami niezamożnemi a zamożniejszemi, mogącemi z własnych środków opłacić poradę lekarską.

Co do art. 3. ust. IV. Zarząd Izby jest zdania, że w organizacji Kas chorych winna panować przedewszystkiem zasada decentralizacji: wielkie zakłady przemysłowe, czy handlowe, gwarectwa węglowe i t. p. winny tworzyć swe własne kasy autonomiczne i uniezależnić się od kas ogólnych. Takie Kasy partykularne mają jak najlepsze widoki rozwoju, mogą dostosować się do stosunków miejscowych, a wszelkie usiłowania scentralizowania całej pomocy lekarskiej w jednej Kasie ogólnej wpłynąć mogą tylko ujemnie na sposób i jakość użyczanej pomocy lekarskiej.

Co do art. 8., widzi Zarząd Izby w postanowieniu, dozwalającem osobom, których dochód miesięczny nie przekracza 1.500 zł, na dobrowolne ubezpieczenie w Kasach, dążność do zamaskowanego przemycenia do Kas pierwszej ogromnej grupy osób do ubezpieczenia nieuprawnionych, tak, że faktycznie, według projektu ustawodawcy, górną granicę dochodu stanowiłoby 1.500 zł miesięcznie W tych warunkach wolny stan lekarski przestałby wogóle mieć rację bytu, lekarze staliby się poprostu wszyscy urzędnikami Kas chorych. Wypowiadamy się jak najkategoryczniej przeciw ubezpieczeniu dobrowolnemu w jakiejkolwiek postaci.

Co do art. 33, należałoby znacznie ograniczyć uprawnienia do korzystania z ubezpieczenia dla osób zamieszkujacych razem z ubezpieczonymi, a nie podlegających przymusowemu ubezpieczeniu. Doświadczenia dotychczasowe pouczają, że dzieje się w tym kierunku wiele nadużyć, że częstokroć korzystają z usług Kasy z uszczerbkiem dla osób uprawnionych osoby, które uprawnienia do korzystania z pomocy kasowej zupełnie nie posiadają. Należałoby tutaj wprowadzić ostrą kontrolę, a równocześnie ograniczyć te uprawnienia wyłącznie do dzieci i rodzeństwa ubezpieczonych do lat 18.

Co do art. 42. w sprawie proponowanego dodatku: „lecznictwem Kas chorych zawiaduje Naczelny Lekarz, zależny w zakresie lecznictwa wyłącznie od Zarządu Kasy" — wyraża Zarząd zdanie, że sfery lekarskie powinny wysunąć postulat, by na czele instytucji, poświęconej lecznictwu o tak szerokim zakresie działania, jaką są Kasy Chorych, stali fachowcy, a więc lekarze, a nie laicy, jak to się dotychczas dzieje. Jako analogję przytoczyć należy szpitale publiczne, gdzie dyrektorami są z reguły lekarze, mając sobie do pomocy w sprawach administracyjnych przydzielonych zarządców i urzędników.

Co do ustępu II. art. 42. w sprawie wyboru lekarzy, oświadcza się Zarząd LIL bezwzględnie za wolnym wyborem lekarzy. Wyraża przez to przekonanie szerokich kół lekarskich, oparte na wieloletniem doświadczeniu, że lecznictwo w Kasie chorych, centralistycznie urządzone w znacznej części, nie osiąga celu przez ustawę zamierzonego. Jest bowiem rzeczą naturalną, że zarządcy Kasy chorych muszą się starać możliwie najmniejszą liczbą lekarzy obsłużyć największą liczbę członków i ich rodzin. Skutek jest ten, że leczenie przez lekarzy stale przeciążonych musi być pobieżne i powierzchowne, z drugiej zaś strony powoduje omijanie Kas chorych przez znaczną część członków przymusowych, którzy zatem z dobrodziejstw ustawy korzystać nie mogą. Chcąc umożliwić lekarzom indywidualne traktowanie każdego członka ubezpieczonego w Kasie chorych konieczna jest jak największa decentralizacja lecznictwa a środkiem prowadzącym do tego wolny wybór lekarza przez członków kas z pomiędzy lekarzy w danej miejscowości osiadłych, a nie z pomiędzy małej stosunkowo liczby lekarzy kasowych ryczałtowo płatnych.

Ten system napewne osiągnie skutek, że z Kas chorych będą korzystać wszyscy uprawnieni członkowie, co przecież jest celem ustawy, dla lekarzy natomiast system ten ma to znaczenie, że mogą każdemu choremu tyle poświęcić czasu, ile dany przypadek wymaga.

Zarząd LIL zdaje sobie sprawę z niemałych trudności, które się przeciwstawiają systemowi wolnego wyboru, nie wątpi jednak, że przez odpowiednią organizację nietylko trudności te dadzą się przezwyciężyć, ale także największy i najcięższy zarzut, wysuwany przeciw wolnemu wyborowi lekarzy, nadmierne koszta, okaże się nieuzasadnionym. W zorganizowaniu celowem takiej prawdziwej pomocy lekarskiej, tak Izby, jak i zrzeszenia lekarskie wielce mogą być pomocne i z pewnością nie uchylą się od współpracy.

W sprawie mającego się dodać ustępu V., sprzeciwia się on konstytucji i prawom zasadniczym, przysługującym wszystkim obywatelom Państwa. Wszystkie zrzeszenia lekarskie już się jednomyślnie przeciw temu niesłychanemu konceptowi ustawo-

dawczemu wypowiedziały. Jego postanowienia stanowią curiosum i horrendum, które mówią same za siebie; niewątpliwie prawnicy mający się nowelą zająć, potrafią ten zamach na dobrze nabyte prawa stanu lekarskiego należycie ocenić i odrzucić. Nie można dopuścić do tego, by prawo samoobrony, przysługujące wszystkim zawodom, jedynie lekarzom miało być odebrane; strajk piekarzy lub pomocników aptekarskich odczuwa ludność niewątpliwie dotkliwiej, niż stan bezkontraktowy lekarzy kasowych, którzy, ogłaszając bezrobocie celem poprawy swego bytu, nie odmawiają jednak bynajmniej równoczesnej pomocy lekarskiej osobom w Kasie ubezpieczonym. Z resztą przewidziana w artykule 84. Komisja Pojednawcza może ustalić warunki pracy i płacy lekarzy ku zadowoleniu zarówno tychże, jak również Zarządu Kasy, tak że przymusowe postanowienia w dodatkowym ustępie 5 do art. 42. proponowanym stają się bezprzedmiotowemi.

Stylizacja ustępu 1-ego tegoż artykułu 85-go winna ulec zmianie w tym kierunku, zamiast słów: „w zakresie wykonywania praktyki lekarskiej", umieścić określenie: „w zakresie nowym norm ordynacyjnych"; trudno bowiem zastrzec tej komisji, złożonej po części z laików, prawo krytyki wykonawstwa lecznictwa praktycznego.

Dr. Jan PAPÉE. Lwów.

Ustrój i działalność Izb lekarskich w b. Państwie austrjackiem

Izby lekarskie w b. Austrji, a wśród nich także dwie Izby w b. Galicji, lwowska i krakowska, należą do historji. Ocena ich działalności nie należy do mnie. Gdy jednak w życiu lekarskiem odegrały one bez wątpienia rolę wybitną a działalność ich, ożywiona najlepszemi chęciami i obejmująca rozliczne pola pracy lekarskiej, obejmuje 30-letni okres czasu, jest rzeczą słuszną dać choćby szematyczny na nią pogląd.

Stan rzeczy w zawodzie naszym przed powołaniem Izb do życia, kształtował się rozmaicie. Tam, gdzie istniały wydziały lekarskie, ruch naukowy i po części życie społeczne lekarzy skupiało się w nich i obok nich; w miastach większych tym czynnikiem skupiającym były Towarzystwa lekarskie. Jedne i drugie obejmowały jednak tylko część członków zawodu, reszta szła samopas, niezorganizowana, pozbawiona czynnika, któryby stawał w obronie ich interesów moralnych i materjalnych. Towarzystwa lekarskie, jakie w poszczególnych krajach koronnych w tym czasie powstawały, przejęte wspólną ideą podniesienia godności stanu, postawiły sobie za zadanie obronę tych interesów.

I istotnie, jeśli przeglądniemy roczniki tych towarzystw z ostatnich dziesiątek lat przed powstaniem izb, nabieramy przekonania, z podziwem dla ich pracy, że programem swojej działalności objęły wszystkie doniosłej wagi zagadnienia zawodowe. A więc ubezpieczenia lekarzy na starość, wdów i sierót po nich, obowiązki i prawa lekarzy, higjena społeczna, urządzenia sanitarne, Kasy chorych, godność zawodu i przepisy etyki. Mówiąc o tem, mam na myśli w pierszym rzędzie Towarzystwo lekarzy galicyjskich (obecnie Tow. lekarzy polskich b. Galicji), które założone w r. 1868 w statucie swoim i w całej swej działalności pomieściło obronę moralnych i materjalnych interesów stanu, kładąc w ten sposób podwaliny pod budowę przyszłych organizacyj.

Inicjatywę do stworzenia ustawowej reprezentacji, na wzór tej, jaką już posiadał stan adwokacki i sfery przemysłowo-handlowe w postaci izb, podjęły też te stowarzyszenia i, rozpoczynając akcję w tym kierunku, uchwaliły na I. Zjeździe Tow. Lekarskich, odbytym w roku 1873, wniesienie petycji do rządu o utworzenie Izb lekarskich. W akcji tej brali czynny udział i delegaci polscy (Rożański, Biesiadecki, Czyżewicz i inni). Upłynąć musiało jednak lat blisko 20, zanim te usiłowania się zrealizowały. Po długich rozprawach parlament austr. dopiero w r. 1891 uchwalił utworzenie Izb lekarskich ustawą, wydaną dnia 22 grudnia 1891.

Ustawa ta, tworząc dla zastępowania stanu lekarskiego Izby lekarskie, powołała je do obrad i uchwał we wszystkich sprawach, tyczących się interesów wspólnych stanu lekarskiego, zadań i celów, jego godności i powagi, dalej rozwoju higjeny publicznej i urządzeń sanitarnych i do znoszenia się w tych sprawach z innemi Izbami lekarskiemi. Dalej nałożyła na Izby obowiązek dawania wyjaśnień i wyrażania opinji na wezwanie władz i wspierania ich w urządzeniach zdrowotnych. Do rozpraw krajowych Rad zdrowia delegowały Izby swoich zastępców w charakterze członków nadzwyczajnych. Wydział Izby sprawował równocześnie czynności Rady honorowej w przypadkach waśni osobistych między lekarzami, tudzież w razach zażaleń i skarg jednych z nich przeciw drugim; jeżeli zaś lekarze zachowaniem swem zawinili przeciw godności stanu lub wykroczyli przeciw obowiązkom względem Izby, Rady honorowe występowały dyscyplinarnie i stosowały odpowiednie kary, wśród nich pieniężne do wysokości 400 koron; najwyższą karą było pozbawienie czasowo lub trwale wyboru lub wybieralności do Izby.

Izbom podlegali wszyscy lekarze z wyjątkiem pozostających w czynnej służbie wojskowej i piastujących posady rządowe przy władzach politycznych.

Każda Izba składała się najmniej z 9 członków, wybieranych przez Koła wyborcze, na które okręgi Izb podzielono; z pośród siebie wybierały Izby wydział, składający się prócz prezydenta i jego zastępcy z 3 do 7 członków, a zakres działania Wydziału określono ściśle w ustawie.

Rozporządzenie wykonawcze wydane w r. 1893 ustanowiło po jednej Izbie w każdym kraju koronnym, z wyjątkiem Austrji dolnej, w której Wiedeń otrzymał osobną Izbę, i Galicji, która otrzymała dwie Izby (Lwów i Kraków), Czechy zaś jedną Izbę, podzieloną na dwie sekcje narodowe t. j. niemiecką i czeską.

W ten sposób powstało 20 izb, które osobnem rozporządzeniem wprowadzono w życie w r. 1893; w tym też roku odbyły się we Lwowie i Krakowie pierwsze wybory, które odtąd w myśl ustawy co 3 lata się powtarzały.

Nietylko w społecznem życiu lekarskiem, ale i w stosunku do rządu, władz i ogółu społeczeństwa, Izby były nowością, dla których w szerokich ramach ustawy trzeba było rozpocząć budowę nowej instytucji od podstaw i torować drogi postępowania dla osiągnięcia wytkniętych ustawą zadań i celów. Budowa ta, jak każda nowość, napotykała na wielkie trudności; dziś z perspektywy — acz niezbyt odległego czasu — można stwierdzić, że Izby zabrały się do działania z wielkim nakładem czasu i trudu, zdobywały sobie w ostatnich latach swego istnienia, wprawdzie powoli, ale coraz silniejsze stanowisko u władz i uznanie w coraz szerszych kołach społeczeństwa. Żywa działalność, jaką rozwinęły, była podwójną: jedna skupiona we własnym okręgu, pozbawiona wzorów organizacji i dlatego zmuszona budować od najpierwszych początków cały ustrój wewnętrzny w sposób, który stworzył dla następców wykończoną strukturę; druga w związku i współdziałaniu z innemi Izbami w państwie, mająca na celu zajmowanie się sprawami zawodowemi o charakterze ogólnym, wspólnym dla wszystkich bez różnicy narodowości, tak w Austrji rozmaitych. Te sprawy wspólne można było skutecznie u rządu przeprowadzić pod warunkiem, jeżeli były wyrazem życzeń całego stanu.

Z tego stanowiska wynikała potrzeba porozumiewania się i łączności wszystkich Izb, a wyrazem tego był pierwszy Zjazd delegatów Izbowych, który się odbył we Wiedniu w jesieni 1894 r. i który uchwalił zwoływanie corocznych t. zw. wieców Izbowych. Zadaniem ich były obrady i uchwały wniosków celem przedstawienia ich rządowi, jako postulatów całego stanu, jak niemniej podejmowanie uchwał, normujących sposób postępowania w sprawach o charakterze ogólnym.

Przygotowaniem materjału na wiece zajmowały się t. zw. Izby gospodarcze, wybierane corocznie i kolejno z pośród wszystkich Izb. Wykonanie uchwał wiecowych i przypilnowanie ich załatwienia powierzano Wydziałowi gospodarczemu z siedzibą we Wiedniu, składającemu się z 6 delegatów poszczególnych Izb, wybieranemu corocznie na wiecach. Zapewnienie Izbom udziału w Wydziale gospodarczym i co roku odbywane wiece wprowadziły styczność Izb ze sobą i stałą ich łączność, przyczem autonomja izb była ściśle zachowaną, gdyż uchwały wiecu podlegały ratyfikacji każdej Izby. Wiece odbywały się kolejno w miastach stołecznych t. zw. krajów koronnych (siedzibach Izb); do r. 1913 odbyło się ich 19, z tego 2 razy we Lwowie, raz w Krakowie. Na wiecach poruszano, obradowano i uchwalano cały szereg najżywotniejszych spraw i interesów zawodowych, a szczegółowe sprawozdania stenograficzne z wieców stanowią ciekawy i bogaty materjał z zakresu medycyny społecznej.

Jednem z głównych zadań, jakie izby podjęły już w pierwszym roku, było dążenie do zmiany ustawy, uchwalenie jednolitego regulaminu wewnętrznego i przepisów etyki zawodowej.

Ustawa wydana w r. 1891 miała charakter ustawy ramowej — aczkolwiek zasadnicze jej postanowienia były zupełnie bez zarzutu i korzystnie skodyfikowane, to jednak były w niej pewne luki, które w miarę nabywanego doświadczenia należało koniecznie uzupełnić. Na kilku wiecach obradowane nad projektami nowej ustawy, wszystkie zmierzały do tego, by postanowienia o reprezentacji zawodowej połączyć z przepisami o prawach i obowiązkach lekarzy, w jedną całość t. zw. ordynację lekarską.

Dążenie to było tem usprawiedliwione, że te ostatnie, rozprószone w najrozmaitszych rozporządzeniach często przestarzałe i duchowi czasu nieodpowiadające, lekarzom najczęściej były nieznane. Z licznych projektów ustawy żaden nie uzyskał zgody wszystkich Izb; dopiero projekt uchwalony w r. 1912, przyjęty przez większość, przedłożono rządowi, który się skłaniał do jego aprobaty. Wybuch wojny przeszkodził przyjęciu go przez parlament.

Drugą sprawą żywotną dla stanu lekarskiego było ubezpieczenie lekarzy na wypadek niezdolności do pracy wskutek choroby, wieku i ubezpieczenie rodzin po lekarzach. Wszystkie projekta opierały się na słusznem stanowisku Izb, że instytucje takie mogą się pomyślnie rozwijać wtedy, jeżeli będą obowiązującemi dla wszystkich lekarzy. Tego zdania nie podzielał rząd austrjacki, godząc się tylko na fakultatywną przynależność członków. To stanowisko rządu udaremniło wprowadzenie ubezpieczeń w życie. Izba lekarska lwowska, chcąc bodaj w części odpowiedzieć zadaniu, stworzyła w r. 1902 kasę chorych dla lekarzy, do której mogli się lekarze, jako członkowie dobrowolnie wpisywać. Kasa ta funkcjonowała sprawnie do r. 1924, w którym zmienioną została na przymusową instytucję dla lekarzy zamieszkałych w okręgu Izby lwowskiej. Dok. nast.

Sprawozdanie Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Zarząd Izby, wybrany w dniu 15. kwietnia 1923 r. na posiedzeniu organizacyjnem Rady, dokonał wyborów na urzędy na temże posiedzeniu, a rozpocząwszy starania o zdobycie siedziby, odbył pierwsze dwa posiedzenia w udzielonym mu czasowo lokalu Urzędu Zdrowia m. Warszawy. Dzięki życzliwemu stanowisku Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego niebawem przeniósł się do obecnego lokalu i niezwłocznie przystąpił do organizacji biura. W tym celu zaangażowano dwie urzędniczki i woźnego na trzygodzinną pracę popołudniową, nabyto niezbędne meble, zaprowadzono księgi i natychmiast przystąpiono do pracy nad urzeczywistnieniem dwóch najważniejszych zadań, to jest rejestracji lekarzy i ułożenia regulaminów.

1. Sporządzenie listy. Sprawa ta pozornie prosta i łatwa napotkała w rzeczywistości na nieoczekiwane trudności z powodu niezmiernie niedokładnej urzędowej listy przedwyborczej lekarzy, którą jednak trzeba było wziąć za punkt wyjścia, nadto z powodu opieszałości kolegów w nadsyłaniu odpowiedzi na rozesłany wszystkim kwestjonarjusz. Sprawiło to, że dopiero po 10 miesiącach nieustannej pracy, starań, wysyłania ponownych wezwań osobistych próśb, wreszcie nawoływań w prasie udało się ustalić na 1. kwietnia r. b. pierwszą listę członków Izby. Według wiarogodnych wiadomości jeszcze około 400 kolegów nie jest do Izby zapisanych i to po wyłączeniu z rządowej listy tych lekarzy, którzy opuścili Okrąg Izby, tych lekarzy do których dotrzeć nie zdołano, wreszcie lekarzy zmarłych. Tu nawiasem warto zaznaczyć, że pierwszym lekarzem zapisanym na liście członków Izby którego śmierć zabrała z naszych szeregów był czcigodnej pamięci kolega Juljan Goldsobel. Lista została przesłana wszystkim Urzędom Zdrowia i Izbie Naczelnej.

2. Regulamin. Jak wiadomo Ustawa o Izbach, mająca charakter do pewnego stopnia ramowy, wymagała jak najprędszego ułożenia regulaminu zarówno samej Izby, jak Sądu. Trudności w ułożeniu regulaminu Izby nie były małe, a to bądź ze względu że sama instytucja jest u nas zupełnie nową, nie mogła więc czerpać z doświadczenia przeszłości, bądź ze względu na doniosłe różnice w ujmowaniu sprawy przez różnych członków Zarządu. Różnice te jednak dzięki rzetelnej współpracy zaczęły się niebawem wyrównywać i wskutek tego Zarząd Izby jest w stanie przedstawić Radzie już dziś projekt regulaminu Izby. Posiłkowaliśmy się w znacznej mierze doświadczeniem Izby Lwowskiej.

Łatwiej poszło ze stworzeniem regulaminu Sądu Izby. Pomimo wielkich trudności, które nastręczyły się przy ukonstytuowaniu Sądu, grono kolegów sędziów pracę tę zawczasu wykonało, dzięki czemu Sąd Izby nieomal natychmiast po ukonstytuowaniu rozpoczął swoje czynności, uznając projekt za tymczasowo obowiązujący.

3. Komisje. Zarząd od samego początku wyszedł z założenia, że do pracy musi być powołana nietylko Rada, ale członkowie Izby, zadaniem bowiem, jakie Ustawa na nią nakłada, zadania ogarniające wszak dobro stanu, a nawet kraju, przekraczają wydolność poszczególnych członków Zarządu, a nawet tegoż Zarządu jako całości, bo obarczonego całym szeregiem spraw natury wykonawczej. To też Zarząd postanowił powołać do życia komisję celem podziału całej pracy, nadając jej charakter czynnika przygotowującego urzeczywistnianie zadań całej organizacji. Komisji takich jest cztery, na czele każdej stoi członek Zarządu, który powołuje uczestników z pośród członków Izby. Ponieważ przedmiotem pracy Komisji są sprawy związane najpoważniej z całokształtem życia lekarza, praca, zwłaszcza niektórych Komisyj biedz szybko nie może, wymaga wielkiej rozwagi, a na wyniki tej pracy trzeba czekać.

Komisja regulaminowo-prawna, złożona z kol Jakimiaka, Kowalczewskiego, Łazarowicza i Paderewskiego pod przewodnictwem Srebrnego, a później Pawłowicza, odbyła szereg posiedzeń, poświęcając czas głównie sporządzeniu projektu regulaminu Izby, nadto wydała opinję o interpretacji Ustawy o Izbach lekarskich, ogłoszoną przez jenerała Religjoniego.

Komisja Zdrowia złożona z kol. Kwasniewskiego, W. Brunera, Chodźki i Szenajcha, pod przewodnictwem Budzińskiej, Tylickiej, odbyła aż do 1 kwietnia 1924. r. 5, posiedzeń na których rozważała rządowy projekt ustawy o zakładach leczniczych, do tej sprawy wezwano rzeczoznawców: Bujalskiego, Sawickiego; Szwajcera i Puławskiego Sprawę referuje Szenajch i prace są w toku. W związku z projektem ustawy o szpitalnictwie postanowiono zapoznać się, jak projekt ustawy o samorządzie rozstrzyga obowiązek opieki nad zdrowiem publicznem. Tę sprawę referowała Budzińska, Tylicka. Komisja wniosła odpowiednie poprawki do projektu ustawy o samorządzie, gdyż nie wspomniano tam zupełnie o zabezpieczeniu ludności w potrzeby zdrowotne ani o opiece społecznej. Jedno posiedzenie Komisji poświęcone było rozpatrywaniu projektu ustawy o praktyce dentystycznej, który złożono do Sejmu przez zawodowy związek dentystów. W tej sprawie Komi ja jednogłośnie wypowiedziała się przeciw tworzeniu specjalnej Izby dentystów i uznała cały projekt za zupełnie chybiony.

Komisja Zawodowa, złożona z kol. Garlickiego, Koelichena, E. Orłowskiego i K. Zielińskiego, pod przewodnictwem Przyborowskiego, zbiera materjały do opracowania deontologji dla polskiego stanu lekarskiego, złożyła Zarządowi kilka orzeczeń w sprawach zasadniczych z zakresu etyki lekarskiej, nie nadających się do Sądu, wreszcie złożyła projekt przepisów o ogłoszeniach lekarskich, przyjęty przez Zarząd i dostarczony wszystkim członkom Rady.

Komisja Bytu złożona z kol Sochackiego, Pawłowicza, Osińskiego, Szczodrowskiej, Kaszubskiego i Goreczyckiego, pod przewodnictwem J. Zawadzkiego opracowała projekt cennika lekarskiego, projekt ubezpieczeń lekarskich, zajmowała się stale sprawami podatkowemi, opracowała szereg drobnych spraw wskutek zlecenia Zarządu, wreszcie rozpatrywała sprawę zatargu lekarzy z Kasą Chorych w Białymstoku.

4. Zarząd odbył 48 posiedzeń przeważnie w terminach tygodniowych, 42 posiedzenia były prawomocne, a wśród nich jedno, odbyte wraz z Komisją Zdrowia i zaproszonym inżynierem Wędrychowskim, celem oceny projektu ustawy wodociągowej. 6 posiedzeń odbyło się bez wymaganego kompletu członków. Praca polegała na załatwianiu spraw związanych z organizowaniem Izby w kierunku inwestycyj, administracji, wstępnem rozważaniu spraw nadesłanych do Sądu i spraw wynikających ze stosunku Izby do Rządu. Do tych ostatnich należały, oprócz spraw opracowanych przez Komisje: sprawa ustawy o zwalczaniu chorób zawodowych, projekt noweli o powoływaniu lekarzy wolnopraktykujących do świadczeń na rzecz Kas Chorych, sprawa cenzury filmowej, wreszcie projekt państwowej ustawy wodociągowej. Zarząd poruszył nadto sprawy podatkowe i w tym celu porozumiewał się z urzędem właściwym, już to wyznaczając rzeczoznawców do Komisji Podatkowej, już to zwracając się do Dyrektora Urzędu Skarbowego z postulatami, ustalonemi przez Komisję Bytu. Dalej Zarząd brał udział w staraniach czynionych przez Izbę Adwokacką, zmierzających do przedłużenia terminu składania deklaracyj podatkowych i sprawiedliwego wymiaru podatków. Pozatem Zarząd wypowiadał opinję w sprawach zawodowych na żądanie kolęg w, rozstrzygnął kilka sporów, wynikłych mi dzy kolegami, zwrócił się do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z propozycją prowadzenia wykładów o ustawach lekarskich i spotkał się w tej mierze z decyzją przychylną, poruszył sprawę ogłoszeń lekarskich w spisie telefonicznym, zwrócił się do Izby Naczelnej o wystąpienie do Ministra Sprawiedliwości w sprawie ekspertyz zawodowo-lekarskich, wreszcie w sprawie udzielania Izbom wiadomości o wyrokach karnych przeciw lekarzom.

Wreszcie Zarząd zawiadamia Radę, że wskutek skargi grupy członków Rady i Zarządu wniesionej do Najwyższego Trybunału Administracyjnego na rozporządzenie p. Ministra Zdrowia w sprawie wyborów do Naczelnej Izby Lekarskiej, Najwyższy Trybunał Administracyjny wyrok wydał, a brzmienie jego jest następujące: „Najwyższy Trybunał Administracyjny uchyla zaskarżone zarządzenie, jako niezgodne zustawą, i zarządza zwrot skarżącym, złożonej przez nich kaucji.

Ze sprawozdania kasowego wynika, że dochody Izby wyniosły w r. 1923 — Mk. 559,499 632, wydatki zaś Mk. 364,091.042. W ten sposób Saldo na rok 1924 wynosi Mk. 195,408 590.

Za zgodność: Pisarz Izby *A. Żurakowski.*

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 3. września 1924.

Przyjęto do wiadomości doniesienie Starostwa w S. o zamknięciu zakładu dentystycznego, prowadzonego bezprawnie przez A. R. i o ukaraniu partacza grzywną, tudzież doniesienie Sądu w P., że wpłynęła sprawa o gwałt publiczny, popełniony przez dra I. S.

Doniesienie Koła lekarzy stryjskich o nieuprawnionem wykonywaniu praktyki lekarskiej przez dr. U. skierowano do właściwego Urzędu Wojewódzkiego.

Prośby kandydata medycyny L.B. o interwencję w sprawie uzyskania ulgowego paszportu zagranicznego nie rozpatrywano ze względu na brak kompetencji Izby lekarskiej.

Wezwanie naczelnej Izby lekarskiej o zainteresowanie członków Zjazdem medycyny i farmacji wojskowej w Paryżu 1925. r. uchwalono ogłosić w P. Gazecie Lekarskiej.

Grono lekarzy krynickich wniosło sprzeciw przeciwko żądaniu Krakowskiej Izby lekarskiej, aby lekarze, przybywający z okręgu Izby Lwowskiej dla wykonywania praktyki w Krynicy, opłacali wkładkę całoroczną do Izby Krakowskiej. Uchwalono zwrócić się do Izby krakowskiej z tem, że żądanie to nie jest uzasadnione postanowieniami ustawy.

Udzielono 6 wdowom po lekarzach jednorazowych zapomóg w ogólnej sumie 350 zł.

Rozpatrywano odezwę jednego z inspektoratów skarbowych m. Lwowa o udzielenie wykazu dla wymiaru podatku obrotowego za I. półrocze 1824. dla 31 lekarzy.

Posiedzenie Zarządu w dniu 10. września 1924.

Wydano ostatecznie opinję w sprawie podatku obrotowego za I. półrocze 1924. dla 31 lekarzy przez uszeregowanie ich stosownie do wysokości obrotu.

Na posiedzenie Sądu Naczelnej Izby lekarskiej zapowiedziane, na 14. września b. r. deklarowali wyjazd przewodniczący dr. Papée i dr. Zgórski.

W sprawie prośby dr. K. we Lwowie o poparcie podania o wydanie ulgowego paszportu zagranicznego uchwalono odnieść się o wyjaśnienia.

Rozpatrywano sprawę zatargów lekarzy w Tłumaczu z Zarządem Kasy chorych i między sobą, poczem wydano opinję w sprawie dr. G., toczącej się w Sądzie tłumackim, przekazano Sądowi Izby lekarskiej zażalenie dr. A. F. na drów G i H., wreszcie uchwalono odnieść się do wszystkich lekarzy w Tłumaczu, z tem, że Zarząd Izby poleca przeprowadzenie zasady wolnego wyboru lekarza w Kasie chorych.

Przeprowadzono dyskusję w sprawie nowelizacji art. 38. ustawy o Izbach lekarskich, którą zamierza się znieść Radą dyscyplinarną Izb lekarskich, a natomiast wprowadzić do Sądu Naczelnej Izby lekarskiej odpowiednią liczbę sędziów Sądu Najwyższego dla spraw, tyczących się najcięższych przekroczeń, zagrożonych karami wymienionemi w punktach d) i e) artykułu 33. ustawy o Izbach lekarskich.

Ostateczne załatwienie sprawy odroczono do najbliższego posiedzenia Zarządu Izby.

Posiedzenie Rady Izby lekarskiej

odbędzie się w niedzielę dnia 26. października b. r. o godz. 10-tej rano w lokalu Polikliniki (Lindego 5).

Porządek dzienny.

1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.
2. Regulamin dla Izby. Ref. dr. Papée.
3. Podwyższenie wkładek i świadczeń w Kasie ubezpieczeń i wniosek Zarządu na obniżenie odsetek zwłoki. Ref. dr. Moszkowicz.
4. Utworzenie Kasy pensyjnej dla wdów Ref. dr. Moszkowicz.
5. Projekt rządowy noweli o ubezpieczeniu społecznem, ref. dr. Allerhand.
6. Opodatkowanie lekarzy Ref. dr. Świtalski.

Uwaga: Ze względu na potrzebny komplet, upraszam o niezawodne przybycie, w razie zaś ważnej przeszkody o wczesne zawiadomienie.

Dnia 26. września 1924. Izba lekarska we Lwowie.
Naczelnik Izby: dr. *Papée.*

W sprawie taryfy za czynności lekarskie.

Ustawa „W przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem" z dnia 2. grudnia 1921. w art. 21. powiada między innemi, że cennik poborów lekarskich „w stałych odstępach czasu ogłaszać winien właściwy urząd wojewódzki po zasięgnięciu opinji Izby lekarskiej". Ponieważ zapatrywania co do wogóle wprowadzenia cennika lekarskiego, jak również co do sposobu jego ułożenia i wysokości, są rozbieżne, przeto wskazane jest wypowiedzenie się w tej sprawie szerokich kół lekarskich. Z tego też względu redakcja Polskiej Gazety lekarskiej zaprasza Kolegów do wypowiedzenia swej opinji na podstawie doświadczenia i otwiera w tym celu łamy pisma.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

W sprawie taryfy za badania laboratoryjne odbyła się w Izbie lekarskiej konferencja, w której wzięli udział kierownicy laboratorjów państwowych i prywatnych. Konferencja odbyła się na życzenie Kasy chorych, która domaga się przyjęcia wytycznych co do należytości za badania laboratoryjne. Konferencja zastanawiała się nad dwoma pytaniami, czy wogóle wskazane jest zaprowadzenie taryfy za badania laboratoryjne, a w razie uznania potrzeby, jaką ma być ta taryfa. Wyniki obrad konferencji podamy później.

Towarzystwo higjeniczne powołało do życia sekcję sportową, której zadaniem będzie rozciągnięcie kontroli lekarsko-higjenicznej nad zrzeszeniami sportowemi. W urządzonym ad hoc lokalu, zaopatrzonym w potrzebne przyrządy, będzie wykonywana kontrola lekarska nad członkami klubów sportowych, przyczem szczególniejszą uwagę zwracać się będzie na młodzież szkół średnich. Kierownictwo sekcją objął dr. Fuchs. Towarzystwu higjenicznemu, które tak żywą działalnością odznacza się, należy się szczere podziękowanie i uznanie za powołanie do życia sekcji sportowej.

W sprawie szczepionki rzerzączkowej. otrzymujemy następujące pismo: Odnośnie do końcowego ustępu artykułu kolegów Bettera i Hellerówny, umieszczonego w Nr. 38. „Pol. Gazety lekarskiej" dnia 21. września b. r., pod tytułem: „O leczeniu zmian zapalnych przydatków macicy szczepionką rzerzączkową i t. d.". Ustęp ten brzmi: „ze względu, że przygotowanie szczepionki wymaga z wielu względów szczególnej skrupulatności, którą przyjąć możemy jedynie w Instytucjach Państwowych, posiadających odpowiedzialnych kierowników, jesteśmy zdania, że pełną rękojmię skuteczności preparatów dać nam może oddanie wytwarzania szczepionki wyłącznie tym zakładom". Szczepionki wogóle, a szczepionka gonokokowa n. p. „Gonovac" u nas wyrabiany, jest pod kierunkiem prof. dr. Steusinga „ze szczególną skrupulatnością", a każdorazowa serja każdej wyrobionej szczepionki podlega bardzo ścisłej kontroli „Państwowego Zakładu Badania Surowic" w Warszawie, Chocimska 2 b. — Nie można więc żadną miarą twierdzić, jakoby pełną rękojmię skuteczności dawały jedynie i wyłącznie Instytuty Państwowe, tembardziej, że szczepionka używana przez P. T. autorów Bettera i Hellerównę tej właśnie kontroli w „Państwowym Zakładzie badania" w Warszawie nie podlegała. Dr. *Opieński.*

Poznań.

II. Zjazd pedjatrów polskich w Poznaniu od 23—25 IV. 1924 Odnośnie do Zjazdu otrzymujemy następujące wyjaśnienie: „Chorobowość noworodków i organizacja opieki pedjatrycznej w Zakładzie położniczym miejskim w Warszawie". Referat miał na celu postawienie wniosków w sprawie reorganizacji Zakładów położniczych dla uwzględnienia w nich potrzeb zdrowotnych noworodków i niemowląt. Wnioski były oparte na chorobowości noworodków w Zakładzie położniczym miejskim w Warszawie, jako przypomnienie ustalonego w pedjatrji faktu, że akt przychodzenia dzieci na świat jest źródłem poważnych dla nich chorób, stanowiących lwią część patologji niemowlęctwa. Pierwszy wniosek dotyczył konieczności stworzenia w Zakładach położniczych etatu dla pedjatry konsultanta chorób noworodków i niemowląt. Drugi wniosek omawiał potrzebę dobrze wyćwiczonego personelu pielęgniarskiego w tym dziale Trzeci traktował rozbudowę na rzecz noworodków Zakładów położniczych, na których dotąd ciążą warunki przebytej niewoli Dr. *Wanda Szczawińska.*

Warszawa.

Instytut Nauk antropologicznych Towarzystwa Naukowego Warszawskiego podaje do wiadomości, że członkowie współpracownicy Instytutu Nauk antropologicznych Tow. Nauk Warsz. mają prawo korzystania ze zbiorów i księgozbioru Instytutu, mają prawo głosu czynnego w sprawach naukowych, rozpatrywanych na posiedzeniach naukowych Instytutu, mogą być delegowani przez Instytut w celu prowadzenia badań naukowych. Na podstawie uchwały zebrania ogólnego konstytucyjnego Międzynarodowego Instytutu Antropologji, które odbyło się dn. 25 lipca 1921 r. w Liège, członkowie współpracownicy Instytutu Nauk antropologicznych Tow. Nauk. Warsz. zaliczeni zostali do kategorji „Membres adhérents de l'Institut international d'Anthropologie".

Z Kraju.

Na kongres chirurgów francuskich w Paryżu wyjechało 44 chirurgów polskich.

Rozszerzenie sanatorjum w Rajczy (Małopolska). Departament sanitarny M. S. W. polecił rozpisać przetarg na budowę nowych pawilonów dla sanatorjum w Rajczy, które wobec tego ze 100 łóżek zostanie rozszerzone na 300. Budowa ma być ukończona w ciągu 2 lat. W ten sposób całe leczenie gruźlicy w wojsku zostanie skoncentrowane w jednej miejscowości, a sanatorjum rozszerzone odpowiadać będzie pod względem urządzenia i wykonania najnowszym wymogom leczenia piersiowo chorych tak, że śmiało stanąćby mogło w najwybitniejszej miejscowości za granicą (Pol. Zbr.).

Lubień Wielki pod Lwowem, zakład zdrojowo-kąpielowy, odnowiony po zniszczeniach wojennych, cieszył się w ostatnim sezonie wcale pokaźną liczbą leczących się; było bowiem 1950 osób, dla których wydano kąpieli siarczanych i borowinowych 50 tysięcy. Lekarzy praktykowało 4; lekarzem zakładowym jest dr. W. Podsoński. Łazienek siarczanych i borowinowych było 47, w r. 1925 ma powstać 10 nowych łazienek, nadto dwie kwasowęglowe, emanatorjum radowe i kąpiele elektryczne. Zakład obejmuje 3 domy mieszkalne z 60 pokojami, zakład Zanderowski, inhalatorjum systemu Bullinga. Należy podnieść, że zakład rozwija się stale pod względem urządzeń leczniczych i pomieszczenia.

Ze świata.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki ilość łóżek szpitalnych wzrasta niezwykle szybko. Od r. 1906 do 1913 r. ilość łóżek powiększyła się z 2411 do 6830. Jedno miasto Nowy Jork w roku 1923 posiadało 646 szpitali na 113.781 łóżek.

Jubileusz siedemdziesięciolecia urodzin prof, Grassiego obchodzono uroczyście w Rzymie. Komitet jubileuszowy zebrał 115.000 lirów na fundusz imienia prof. Grassi'ego, przeznaczony na nagrody za prace naukowe z zakresu chorób zoopasorzytniczych.

Ilość obecna lekarzy w Rosji Sowieckiej. „Med. Rabotnik" w Nr. 6. w r 1924 ogłasza wyniki rejestracji lekarzy na obszarze S. S. S. R. Zapisanych lekarzy jest 33.869, z których na obszar R. S. F. S. F. przypada 23.381, na Ukrainie 8.722, na pozostałe republiki — 1766. Przeciętnie jeden lekarz wypada na 3.900 ludzi. W pierwszem półroczu 1923 r. zarejestrowano w S. S. S R. 1,390.850 narodzin, 938,086 zgonów.

Serologiczna metoda określania płci w łonie matki. Dr. Luttke i Mertz wygłosili w Towarzystwie lekarskiem w Halle w dn. 5 lipca wykład, w którym podają, że są w stanie w 100% z całą ścisłością określić płeć dziecka, rozpoczynając od 5 miesiąca życia wewnątrzłonowego. Również posiadają wyżej wymienieni autorowie metodę określania ciąży w jak najkrótszym czasie po zastąpieniu.